



Prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna

Anno 2020

Settembre 2021



Prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna

Anno 2020

Settembre 2021

Ricerca patrocinata dall'Assessorato alle Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna e curata dal Servizio Assistenza Territoriale

© Regione Emilia-Romagna – settembre 2021
Tutti i diritti riservati.

La riproduzione, in parte o totale, o la traduzione di questo documento sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali.

Il documento è disponibile on line sul portale del Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva-SaPeRiDoc, Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna all'indirizzo:

https://www.saperidoc.it/rapporto_allattamento2021

La redazione del volume è stata curata da

Simona Di Mario	SaPeRiDoc, Servizio Assistenza Territoriale
Fabia Franchi	Responsabile Servizio Assistenza Territoriale
Bruna Borgini	Servizio Assistenza Territoriale
Michela Bragliani	Servizio Assistenza Territoriale
Elena Castelli	Servizio Assistenza Territoriale
Chiara Cuoghi	Azienda USL di Ferrara
Luigi Palestini	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Giulia Rodeschini	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Tatiana Saruis	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Si ringraziano

Cinzia Braida, Roberta Giornelli, Mariarosa Milinco, Luca Ronfani, Maria Vittoria Sola (Friuli-Venezia Giulia), **Manila Bonciani** (Toscana), **Anna Pedrotti** (provincia autonoma -PA- di Trento) per la condivisione dei dati di prevalenza dei propri sistemi di monitoraggio di regione/PA

Sergio Battaglia, Massimo Clò, Chiara Ventura e Gandolfo Miserendino (responsabile) Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi Informativi, per l'estrazione e la gestione dei dati dal flusso dell'anagrafe vaccinale regionale

Carlo Gagliotti, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, per lo sviluppo dello score di vulnerabilità CedAP-G

Monica Chili, Centro Stampa regionale, per l'immagine in copertina

Barbara Paltrinieri, Servizio Assistenza Territoriale, per la composizione grafica della copertina

Le **professioniste** e i **professionisti** dei centri vaccinali della Regione, che hanno raccolto i dati; senza la loro collaborazione la ricerca non avrebbe potuto avere luogo

I **genitori** delle lattanti e dei lattanti che hanno partecipato alla ricerca

L'augurio è che il lavoro di tutte queste persone serva a migliorare le attività a sostegno delle donne che vogliono allattare.

Indice

Presentazione	1
Glossario e acronimi	4
Sommario dei principali risultati	7
1. Introduzione	10
2. Metodo	13
3. Risultati	16
Raccolta dati tramite AVR	16
Prevalenza allattamento	22
Analisi temporale: prima e durante la pandemia	31
Benchmarking esterno: confronto con altre realtà italiane	37
4. Commenti	39
5. La ricerca-azione AllattaCoRER: per una progettazione condivisa dell'assistenza dopo la nascita durante la pandemia	44
6. Conclusioni	49
Suggerimenti di lettura su allattamento e CoVID-19	50

Allegato

Dati aziendali

Presentazione

È la prima volta da coordinatore della Commissione sul Percorso Nascita che mi viene offerto di scrivere una prefazione al Rapporto annuale sulla Prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna.

Sono felice di questa opportunità poiché dentro di me coesistono due stati d'animo quando parlo di allattamento. Il primo legato alla mia esperienza di lattante che avendo avuto una mamma dirigente di un'azienda commerciale che mal sopportava l'obbligo di stare ore e ore con una pompa idrovora, quale mi dicono io fossi, attaccata ai suoi capezzoli orientò rapidamente la mia voracità verso biberon colmi di una soluzione di polvere Nestlé. Una volta cresciuto la mamma mi disse che i conflitti continui con mio padre le avevano fatto ridurre il latte e a me non bastava. Infatti, loro si separarono e io ingrassai a vista d'occhio "grazie" alla dieta fatta di latte artificiale.

Il secondo stato d'animo è quello ispirato alla mia esperienza professionale. Sono cresciuto alla corte della Psicosomatica Ostetrica all'Ospedale Buzzi di Milano diretta dal Prof. Miraglia che collaborava con il Prof. Fornari. L'importanza dell'allattamento non solo per la nutrizione ma per lo sviluppo di un buon rapporto diadico mi è stata presentata come la colonna portante nel processo di formazione dei codici affettivi. Va da sé, quindi, che io consideri l'allattamento come il naturale e necessario proseguimento della gravidanza e per questo sono profondamente grato a Simona Di Mario e a tutti coloro che con lei collaborano per il nostro "CEDAP del Latte" che ci consente di valutare con cadenza annuale la situazione su questo importante tema programmando degli interventi per migliorarlo.

Se mi avete perdonato la premessa entro nel merito del Rapporto (perché proprio di merito si tratta quando ci si riferisce agli autori oltre che al suo contenuto). Uno stupido virus del raffreddore che si è montato la testa ha condizionato e forse cambiato la nostra vita da circa due anni, per cui gli autori si sono chiesti cosa abbia combinato questo strano essere puntuto nell'alimentazione del neonato e nel rapporto mamma neonato.

La risposta ci è resa possibile dall'ampio campione che la raccolta dati ormai raggiunge (35.474 osservazioni) utilizzando i due momenti vaccinali al 3° e al 5° mese di vita dei neonati. Ovvio che chi è contrario alla vaccinazione dei propri figli non comparirà in questo campione ma ciò ci fa prevedere che le percentuali di

allattamento siano anche migliori visto che le mamme che appartengono a questa categoria solitamente allattano esclusivamente e a lungo i loro bimbi.

I risultati per prima cosa ci dicono che le percentuali di allattamento completo sono rimaste pressoché invariate al primo trimestre di vita con una prevalenza del 57% mentre si registra un lieve miglioramento al 5° mese pari a circa l'1% con una prevalenza del 47%. Sembra potersi leggere un comportamento delle nostre mamme improntato all'antico detto popolare: "Quando il vento soffia fatti canna ". Così le mamme si sono accoccolate sui loro bambini per difenderli nutrendoli al meglio (anche con anticorpi). Questa è l'immagine metaforica che viene alla mente ma certo vi sono molti fattori che hanno concorso a questo incoraggiante risultato. Il lavoro da casa delle mamme e dei papà può essere individuato come uno di questi unito al desiderio di proteggere il lattante, ma certamente si deve dare il giusto merito al grande lavoro svolto dai servizi territoriali attraverso connessioni web. In altri termini le mamme non si sono perse d'animo e gli operatori non le hanno abbandonate. Alcune conferme a queste prime ipotesi interpretative potremo ottenerle, non appena sarà conclusa, dalla ricerca qualitativa: si tratta di un dialogo con le madri, i padri, i professionisti e le volontarie delle associazioni per capire come la pandemia abbia influenzato i diversi progetti di allattamento.

Inoltre, interfacciare i dati CEDAP con quelli dell'allattamento ci consente di rilevare la correlazione tra prevalenza di allattamento e determinate condizioni sociali. Purtroppo, queste connessioni non sono ancora disponibili per tutte le Aree Vaste; in particolare per la "mia" Romagna che ancora non ha risolto l'annoso problema dell'immediata assegnazione dopo la nascita del codice fiscale.

L'analisi dei dati di prevalenza per distretti e per province lascia talvolta increduli per le differenze che li caratterizzano. Ci sono aree della regione dove al 5° mese a mala pena solo una donna su tre allatta in modo completo mentre in altre la prevalenza è doppia. Ormai da ogni parte si osanna l'importanza di poter contare su dei "big data" ma mi chiedo a cosa servano se poi non sono utilizzati per condurre incisive azioni di miglioramento.

Si sente la mancanza di dati sull'allattamento alla dimissione ospedaliera e spero che in futuro si riesca ad ottenerli perché gli interventi davvero incisivi devono prendere forma appena il bimbo viene alla luce (skin to skin, rispetto del rapporto diadico, ecc). L'ospedale si prende cura di mamma e bimbo per 2-3 giorni nelle fasi più importanti e delicate, ma poi li dimette proprio quando si instaura la montata lattea; se il territorio non prende in consegna accompagnando "tutte" le mamme in questo

fondamentale percorso continueremo a perdere fin dall'inizio un allattamento completo su tre per colpa della insidiosa "ag-giunta".

Il refrain che politici e amministratori ci propinano dopo la strage di Bergamo e non solo risuona in tutti i loro discorsi ripetendo "...più territorio, più interventi preventivi e precoci in territorio...".

Chiedo a nome di tutte le mamme di attuarli e non solo per l'allattamento.

Giuseppe Battagliarin

Presidente della *Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita*
della Regione Emilia-Romagna

Glossario e acronimi

Accuratezza

L'accuratezza di una stima è data dalla vicinanza della stima ottenuta al valore reale che si intende stimare

Allattamento esclusivo

Solo latte materno, senza aggiunte di altri liquidi fatta eccezione per i farmaci (come, ad esempio, le gocce di vitamine)

Allattamento predominante

Latte materno con aggiunte di liquidi non nutritivi come acqua, tisane, tè

Allattamento completo

La somma di allattamento esclusivo e predominante. Viene utilizzato come indicatore principale nella rilevazione della prevalenza dell'allattamento al seno in Regione Emilia-Romagna

Allattamento complementare

Latte materno con aggiunte di latte artificiale, liquidi nutritivi, alimenti semisolidi o solidi

CoVID-19

Malattia ad andamento epidemico causata da infezione con il virus SARS-CoV-2, diagnosticata per la prima volta in Italia a febbraio 2020

Focus group

Tecnica non standardizzata di rilevazione dell'informazione basata su una discussione, solo apparentemente informale, tra un gruppo di persone di dimensioni non troppo estese, alla presenza di uno o più moderatori, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità.

Non allattamento

Alimentazione priva di latte materno; solo latte artificiale e/o alimenti semisolidi o solidi

OMS

Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization* - WHO)

Precisione

La precisione di una stima è data dall'ampiezza dell'intervallo di confidenza della stima dell'evento che si intende stimare. Più è ampio l'intervallo di confidenza, minore è la precisione.

Prospettiva di genere

Approccio consapevole alla costruzione della categoria di genere e dei suoi rapporti di potere. Nel lavoro di comunicazione consiste nel mettere al centro il target e a considerare che il destinatario non è neutro. Questo documento è attento alla prospettiva di genere e prevede che tutte le declinazioni di genere sono da intendersi sempre al maschile e al femminile, alternando di volta in volta il genere o utilizzandoli entrambi¹.

Recall period

Intervallo di tempo che intercorre fra il momento della rilevazione e quello di occorrenza di un evento. Per gli studi sulla nutrizione l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'utilizzo di un *recall period* di 24 ore, per ridurre il rischio di errore (o *bias*) nel riferire il dato che si vuole studiare

SARS-CoV-2

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. Nuovo coronavirus (coronavirus 2 per distinguerlo da quello associato alla SARS del 2003) associato a una sindrome respiratoria acuta grave.

Standardizzazione (diretta, indiretta)

Metodo statistico che permette di confrontare un esito in popolazioni caratterizzate da una diversa distribuzione di una variabile, quale per esempio l'età, il sesso o il rischio, che potrebbe influenzare la frequenza dell'esito stesso.

In questo Rapporto, per il calcolo dei tassi di prevalenza di allattamento tenendo conto dell'età del bambino, è stato utilizzato il metodo di *standardizzazione diretta*. Come standard di riferimento per la distribuzione delle età, è stata considerata l'intera popolazione dei bambini inclusi nel dataset nell'anno 2015.

¹ Regione Emilia-Romagna. Linee guida in ottica di genere. Uno sguardo nuovo nella comunicazione pubblica. <https://parita.regione.emilia-romagna.it/documentazione/documentazione-temi/media-e-comunicazione/linee-guida-in-ottica-di-genere-della-regione-emilia-romagna-uno-sguardo-nuovo-nella-comunicazione-pubblica>

TIN

Terapia intensiva neonatale

World Cafè

Tecnica basata sulla realizzazione di una "discussione incrementale e circolare", ovvero una discussione che si arricchisce e si completa via via che i partecipanti "ruotano" ad intervalli regolari da un tavolo di discussione tematica al successivo, aggiungendo ed integrando i contributi forniti in precedenza da altri partecipanti. Consente ai partecipanti a una riunione/workshop di interagire in modo efficace ed efficiente per raggiungere gli obiettivi preposti in un tempo ragionevolmente breve

Sommario dei principali risultati

In questo Rapporto vengono presentati i dati relativi all'alimentazione dei e delle lattanti² raccolti nel periodo marzo-novembre 2020, quindi in piena pandemia di COVID-19, nei centri vaccinali di tutte le AUSL della regione. La raccolta avviene in occasione delle prime e seconde vaccinazioni (a tre e cinque mesi): dal 2015 la registrazione, completamente informatizzata, utilizza il flusso dell'anagrafe vaccinale regionale (AVR). Sono state applicate la metodologia e le definizioni suggerite dall'*Organizzazione mondiale della sanità* (OMS); si è fatto ricorso alla prevalenza standardizzata per età utilizzando fasce di 15 giorni per permettere il confronto fra AUSL, distretti e con i dati delle precedenti *survey* regionali.

I dati sono relativi a 36.825 momenti vaccinali in 24.938 lattanti, specificamente 19.485 bambine alla prima vaccinazione (circa 3 mesi) e 17.340 bambini alla seconda vaccinazione (circa 5 mesi). Il link con i dati del Certificato di assistenza al parto (CedAP) è stato possibile per 23.437 record (63.6% del campione). I dati che seguono si riferiscono a questo sottogruppo: 66.2% sono figlie di donne italiane; fra le madri straniere 34.7% sono di provenienza da paesi dell'Africa, 23.0% da paesi europei non facenti parte della Unione Europea (UE), 23.1% da Asia, 15.1% da paesi UE, 4.0% da America e 0.1% sono apolidi.

Informazioni sull'alimentazione sono disponibili per 35.474 osservazioni in 24.252 lattanti (96.3% delle schede raccolte). La prevalenza media regionale di allattamento completo (somma fra allattamento esclusivo e predominante) a tre mesi è pari a 57.1% (stabile rispetto alla precedente rilevazione) con un *range* fra diverse AUSL che va da 48.7% a 67.0%; a cinque mesi la media regionale è pari a 47.3% (in lieve miglioramento rispetto al 2019), con un *range* fra AUSL da 38.0% a 56.5%. Come negli anni precedenti permangono importanti differenze a livello distrettuale: la prevalenza di allattamento completo nei diversi distretti varia da 45.0% a 73.9% a tre mesi e da 26.0% a 62.9% a cinque mesi.

Per valutare l'impatto delle restrizioni correlate alla pandemia da COVID-19 sull'allattamento nelle diverse fasce di popolazione, i dati di prevalenza del 2020 sono stati confrontati con quelli del 2019 stratificati rispetto a un proxy di vulnerabilità

² Questo documento è attento alla **prospettiva di genere** e prevede che tutte le declinazioni di genere sono da intendersi sempre al maschile e al femminile, alternando di volta in volta il genere o utilizzandoli entrambi. Regione Emilia-Romagna. Linee guida in ottica di genere. Uno sguardo nuovo nella comunicazione pubblica. <https://parita.regione.emilia-romagna.it/documentazione/documentazione-temi/media-e-comunicazione/linee-guida-in-ottica-di-genere-della-regione-emilia-romagna-uno-sguardo-nuovo-nella-comunicazione-pubblica>

sociale. È stato sviluppato un indice ad hoc (CedAP-G) sulla base delle variabili socio-economiche materne presenti nel flusso dati CedAP. Lo score CedAP-G correla con la prevalenza di allattamento (uno score più elevato, indice di maggiore vulnerabilità, si associa a tassi di prevalenza più bassi). Mentre il tasso di prevalenza alla prima vaccinazione non si modifica in maniera statisticamente significativa nei due anni studiati per nessuno degli strati di vulnerabilità (si rileva solo un aumento di 1 punto percentuale per la fascia con score più basso, a minore vulnerabilità), il tasso alla seconda vaccinazione è diverso (in maniera statisticamente significativa) nei due anni: nello strato con più elevata vulnerabilità il tasso si riduce nel 2020 di 2 punti percentuali, mentre in tutti gli altri strati aumenta, con un incremento contenuto fra 1.5 e 3 punti percentuali in più.

Per comprendere le ragioni di queste modifiche e per capire come le donne e le famiglie abbiano vissuto il loro avvio di maternità durante la pandemia da CoVID-19 e quali risposte siano state fornite dai servizi, è stato avviato uno studio qualitativo che tramite focus group e altre tecniche di indagine dialogica (strumento di ricerca/azione) consentirà di comprendere le dinamiche di resilienza attivate in regione dalle singole donne, dalle famiglie, dalle comunità e, infine, dai servizi sanitari, socio-sanitari ed educativi.

I risultati di questa indagine potranno informare e dirigere le attività dei tavoli multidisciplinari locali, strumenti imprescindibili per il cambiamento e per l'attuazione dei piani locali attuativi, che devono:

1. includere tutti gli attori coinvolti nel sostegno alla donna che vuole allattare (anche non appartenenti alle professioni sanitarie, come le associazioni di mamme e i centri per le famiglie)
2. giungere alla condivisione di un linguaggio comune
3. fare riferimento a un corpus di raccomandazioni non contraddittorie
4. avere disponibilità di tempo, spazio e persone.

La motivazione personale, la stabilità nel tempo delle figure esperte, la disponibilità di strumenti per il monitoraggio e la condivisione delle informazioni sono fra i fattori che possono contribuire a una buona offerta di sostegno.

Oltre agli spunti per un confronto intraregionale (*benchmarking* interno) vengono riportati i dati di prevalenza di altre realtà (regioni e province autonome) che consentono un confronto esterno e l'identificazione, per la nostra regione, dei seguenti obiettivi per i prossimi anni:

- tasso di allattamento completo a tre mesi > 65%
- tasso di allattamento completo a cinque mesi > 50%

1. Introduzione

Questo è il primo report allattamento riferito a un anno interessato dalla pandemia da SARS-CoV-2.

Viene naturale, nel considerare questi dati, domandarsi: è stato più difficile allattare durante il lockdown? Le donne sono state sostenute dai servizi, dalle famiglie, dalla rete amicale? E se no, si sono attivati interventi alternativi a protezione e sostegno della donna che ha scelto di allattare?

Per rispondere è stato necessario andare oltre le medie di prevalenza regionale e tentare di comprendere l'articolazione e le conseguenze di quanto è occorso. Per questo, in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, abbiamo costruito momenti di incontro e dialogo con le donne, con i/le loro partner, con chi opera nei servizi sanitari, socio-sanitari, educativi e nelle associazioni di sostegno alla pari.

Tutto questo nell'ottica di offrire un servizio sempre più funzionale e adeguato ai tempi, per continuare a riconoscere nei fatti l'allattamento come diritto, pratica di salute per madre e bambino, intervento a sostegno della genitorialità, oltre che azione di salute pubblica, anche, e soprattutto, durante una condizione di emergenza come quella vissuta in questi ultimi anni.

Ma oltre a comprendere i dati, soprattutto nelle prime fasi della pandemia, è stato necessario affiancare i professionisti e le professioniste. A partire dalle prime settimane di marzo 2020, il Servizio Assistenza Territoriale, che cura questo monitoraggio, ha attivato interventi specifici per informare e sostenere il percorso nascita regionale: sono stati organizzati incontri on-line settimanali prima e quindicinali poi per l'individuazione delle criticità, condivisione delle possibili soluzioni, disseminazione delle informazioni. Sono state elaborate indicazioni specifiche sui controlli da eseguire durante la gravidanza, misure per la prevenzione durante il parto e puerperio, presa in carico del neonato figlio di madre positiva a SARS-CoV-2, indicazioni a sostegno dell'allattamento, riconoscimento del ruolo del/la partner come fruitore di assistenza e non mero visitatore o accompagnatore, vaccinazione in gravidanza e allattamento, sintetizzati nei seguenti documenti:

- CoVID-19 in gravidanza, parto e puerperio (documento della Commissione nascita regionale, prima edizione marzo 2020, primo aggiornamento aprile 2020, secondo aggiornamento maggio 2020)³
- vaccinazione in gravidanza e allattamento (prima nota regionale dell'11.02.2021 aggiornata poi il 15.07.2021).

L'esperienza accumulata in questo periodo è servita sia per un confronto a livello nazionale con le altre regioni (rispetto alla scelta vaccinale, alle certificazioni pediatriche), ma anche a livello internazionale (webinar OMS Europa⁴: *Coronavirus and pregnancy – preserving maternal health across the European Region*).

Per il resto, nonostante le restrizioni collegate alla CoVID-19, è stato possibile mantenere le attività previste dal percorso nascita (obiettivo 6 del percorso nascita regionale *Attuare interventi di supporto alla relazione madre-bambino e di promozione e sostegno all'allattamento al seno*, della DGR n. 533/2008 *Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita*), dal progetto *GenitoriPiù* (DGR 172/2008) e, infine, dal Piano della prevenzione 2015-2018 esteso al 2019⁵, come l'attività di monitoraggio, le iniziative di sensibilizzazione durante la Settimana Mondiale dell'Allattamento (flashmob regionale allattamento), le iniziative di formazione. Per quanto riguarda l'attività di valutazione critica e sintesi della letteratura con disseminazione delle informazioni rilevanti per i professionisti e le professioniste e le cittadine e i cittadini, anche questa è proseguita nel periodo della pandemia: oltre agli aggiornamenti focalizzati sugli aspetti associati alla CoVID-19, di cui abbiamo già fornito i riferimenti nei precedenti paragrafi, riportiamo di seguito una sintesi degli argomenti utili per chi lavora a sostegno della donna che vuole allattare (tabella I).

³ <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1402>

⁴ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2020/6/coronavirus-and-pregnancy-preserving-maternal-health-across-the-european-region>

⁵ Regione Emilia-Romagna. Costruire salute. Il piano della prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia-Romagna (prorogato al 2019). <https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/il-piano-regionale-della-prevenzione-prp-2015-2019>.

Tabella I. Argomenti relativi all'accudimento del neonato pubblicati sul sito SaPeRiDoc.

Argomento	Anno pubblicazione	www.saperidoc.it (numero di pagina)
Allattamento (BFHI, codice internazionale, farmaci, protezione)	2010	547
Allattamento e ciuccio	2013	712
Formula artificiale	2015	796
Alimentazione complementare	2016	986
<i>Kangaroo Mother Care (KMC)</i> per i neonati di basso peso e/o prematuri	2017	1031
Contatto pelle a pelle per tutti i nati	2017	1044
Allattamento in posizione semireclinata o <i>biological nurturing</i>	2019 aggiornamento nel 2020	1249
Allattamento e cure neonatali in relazione a CoVID-19	2020	1399, 1400, 1402, 1405
Cartella del neonato	2021	1467
Prevenzione della SIDS	aggiornamento nel 2021	715

2. Metodo

Il monitoraggio della prevalenza di allattamento è stato ideato e sviluppato in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri - Associazione Pediatria di Comunità (ACP-APeC). Dalla prima edizione del 1999 e fino al 2008 la rilevazione è stata triennale, con raccolta di questionari cartacei. Nel 2011 venne fatto un primo tentativo di informatizzazione utilizzando un questionario on-line sviluppato *ad hoc*. Dal 2015 la raccolta è diventata annuale e completamente informatizzata, diventando parte integrante del flusso corrente *Anagrafe vaccinale regionale*⁶: i professionisti dei centri vaccinali inseriscono i dati relativi all'alimentazione contestualmente a quelli delle vaccinazioni utilizzando lo stesso software. Questo facilita il lavoro di chi raccoglie e inserisce il dato, ne migliora la qualità e riduce la quota di informazioni mancanti⁷. L'indagine utilizza le definizioni standard e il *recall period* (24 ore) consigliati dall'OMS per questo tipo di studi⁸. La ricerca si è svolta dal 16 marzo al 30 novembre 2020. Anche se nei primi mesi della pandemia l'attività vaccinale ha avuto qualche rallentamento, il ritmo è tornato rapidamente al normale livello pre-pandemico consentendo un numero di osservazioni paragonabile a quella degli anni precedenti. In occasione della prima e della seconda vaccinazione pediatrica (rispettivamente dal 61° al 90° giorno - circa tre mesi di età - e dal 121° al 150° giorno - circa 5 mesi di vita), sono state poste al familiare che accompagnava la lattante le domande di seguito riportate, a cui era possibile rispondere solo con un sì o con un no (Box sottostante). Oltre al criterio temporale non esistono altri criteri di esclusione.

Nelle ultime 24 ore suo figlio/a:

- è stato allattato?
- ha bevuto acqua (normale o zuccherata), tè, succo di frutta, altre bevande non nutritive, comprese soluzioni per la reidratazione orale?
- ha bevuto latte artificiale, latte di mucca o altro latte?
- ha mangiato pappe o altri cibi liquidi, solidi o semisolidi?

⁶ AVR: istituita con Circolare n. 7 del 10/04/2014 della Direzione Sanità e Politiche sociali

⁷ Di Mario S, et al. Regular monitoring of breast-feeding rates: feasible and sustainable. The Emilia-Romagna experience. *Public Health Nutr* 2017;20:1895-902

⁸ WHO. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO, 1991 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf

Le risposte sono utilizzate in fase di analisi per ricostruire le categorie standard di allattamento e calcolarne la prevalenza:

- esclusivo: solo latte materno senza aggiunte di altri liquidi fatta eccezione per i farmaci (come, ad esempio, le gocce di vitamine)
- predominante: latte materno con aggiunte di liquidi non nutritivi come acqua, tisane, té (la somma di *allattamento esclusivo* e *predominante* costituisce la categoria *allattamento completo*)
- complementare: latte materno con aggiunte di formula artificiale, liquidi nutritivi, alimenti semisolidi o solidi
- non allattamento: solo formula artificiale e/o alimenti semisolidi o solidi.

Se una lattante veniva inclusa nella ricerca due o più volte perché sottoposta a successive sedute vaccinali tutte comprese nel periodo di studio, in fase di analisi è stata considerata una sola volta nell'arco di età 61-90 giorni e una sola volta nell'arco di età 121-150 giorni (la prima delle osservazioni registrate per ognuno dei due lassi temporali).

I dati di prevalenza dell'allattamento sono standardizzati per età per tenere conto delle possibili differenze nella distribuzione di questa variabile nella popolazione di bambini osservata e per permettere confronti fra AUSL/ambiti⁹ o fra distretti¹⁰ e nel tempo. Dal 2018 si applica il metodo di standardizzazione diretta con fasce da 15 giorni, (la popolazione di riferimento è quella osservata nel 2015 suddivisa in fasce di 15 giorni di età: 61-75; 76-90 e 121-135; 136-150 giorni). I dati di prevalenza standardizzati sono presentanti nella loro dimensione regionale, disaggregati a livello aziendale e a livello distrettuale. Il confronto con i dati del 1999 è possibile unicamente per i dati regionali e aziendali.

Per studiare l'impatto della pandemia di CoVID-19 e delle misure restrittive attuate nel 2020 sulle donne e sulla possibilità di realizzare il loro progetto di allattamento, è stata comparata la distribuzione dell'esito (allattamento completo a tre e cinque mesi di vita) nel 2020 (anno interessato dalla pandemia) e nel 2019 (anno precedente la pandemia) rispetto a un indicatore di possibile vulnerabilità materna.

⁹ In questo rapporto si definiscono ambiti le ex Aziende di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini che dal 2014 sono confluite nella AUSL Romagna

¹⁰ Il distretto è l'articolazione della Azienda unità sanitaria locale che assicura i servizi di assistenza primaria, ivi compresi la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare – in ambulatorio e a domicilio - tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia e presidi specialistici ambulatoriali. Il distretto coordina le proprie attività con quelle dei dipartimenti e degli altri servizi aziendali ed eroga prestazioni sanitarie di rilevanza sociale.

Utilizzando la metodologia descritta da Charlson¹¹ è stato definito uno score di vulnerabilità basato sulle variabili materne presenti nel CedAP.

L'associazione delle variabili desunte da CedAP con l'esito assenza di allattamento completo rispettivamente a tre e cinque mesi è stata valutata mediante analisi multivariata basata sulla regressione logistica. Alle variabili significativamente associate all'esito con odds ratio (OR) compreso tra 1.20 e 1.49 è stata attribuito un punteggio di 1 mentre in caso di OR compreso tra 1.50 e 2.49 è stato attribuito un punteggio di 2.

L'indice di vulnerabilità materno desunto dal CedAP (score CedAP-G) viene calcolato in base a 7 caratteristiche della madre che si associano a maggiore probabilità di non allattare a 3 e a 5 mesi:

- nazionalità italiana (1 punto)
- abitudine al fumo di sigaretta (1 punto)
- obesità (2 punti) e sovrappeso (1 punto)
- mancata partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita (1 punto)
- scolarità elementare-medie (1 punto)
- primaparità (1 punto)
- età <18 o >35 anni (1 punto)

Sulla base di queste variabili si ottiene uno score totale che va da 0 a 8: maggiore è l'indice maggiore è la vulnerabilità materna stimata sulla base dei dati del flusso CedAP. I singoli score sono poi stati aggregati in fase di analisi, sulla base delle frequenze osservate, per costituire quattro classi: score 0-1, score 2, score 3-4, score 5-8.

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata utilizzando il programma STATA 15.1 (Stata Corp, College Station, TX, USA).

Infine, contattando direttamente i professionisti e le professioniste coinvolte in progetti di monitoraggio dell'allattamento, sono stati raccolti dati di prevalenza di altre regioni/PA italiane, per fornire un paragone esterno all'Emilia-Romagna e definire un obiettivo da raggiungere.

¹¹ Charlson ME, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987;40:373-83

3. Risultati

Di seguito i risultati della ricerca organizzati in sezioni:

- raccolta dati tramite AVR
- prevalenza allattamento
- analisi temporale: prima e durante la pandemia
- *benchmarking* esterno: confronto con altre realtà italiane
- dati per singola azienda: in *Allegato*

Raccolta dati tramite AVR

Sono stati raccolti dati relativi a 36.825 momenti vaccinali in 24.938 lattanti, più specificamente: 19.485 vaccinazioni in bambini di circa tre mesi di età (prima vaccinazione) e 17.340 vaccinazioni in bambini di circa cinque mesi di età (seconda vaccinazione). L'informazione relativa all'alimentazione è disponibile e interpretabile per il 96.3% (35.474 osservazioni in 24.252 lattanti) degli eventi vaccinali (tabella II):

- per 7.547 lattanti (31.1%) il dato è stato raccolto solo alla prima vaccinazione
- per 5.483 lattanti (22.6%) il dato è stato raccolto solo alla seconda vaccinazione
- per 11.222 lattanti il dato (46.3%) è stato raccolto due volte, una alla prima e una alla seconda vaccinazione.

Tabella II. Monitoraggio, periodo 1999-2020: schede e popolazione.

	1999	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Schede raccolte	3.820	15.263	35.832	37.768	38.076	38.054	36.825
Schede informative ^a	2.849	14.044	33.764	36.608	36.734	36.808	35.474
I vacc. (61-90 gg)	1.640	7.861	18.984	19.492	19.471	19.510	18.769
II vacc. (121-150 gg)	1.209	6.183	14.780	17.116	17.263	17.298	16.705
Sesso maschile	52%	51%	51%	51%	52%	51%	51%
Nazionalità materna italiana	nd	68%	68%	66%	65% ^b	65% ^c	66% ^d

^a contenenti dati sull'allattamento interpretabili (no missing, no impossible data);

nd=dato non disponibile;

dato disponibile da CedAP per il ^b49% delle schede; ^c 62% delle schede; ^d 64% delle schede

Il numero di schede totali con i dati sull'allattamento è lievemente ridotto rispetto all'ultima rilevazione in tutte le aziende/ambiti, ad eccezione di Imola, Ravenna e Cesena (tabella III).

Tabella III. Numero di schede informative sull'allattamento per AUSL/ambito, confronto 2019-2020.

AUSL/ambiti	2019 n	2020 n	Differenza %
Piacenza	2.419	2.315	-4,3%
Parma	4.150	3.987	-3,9%
Reggio Emilia	4.616	4.511	-2,3%
Modena	6.127	5.626	-8,2%
Bologna	7.364	7.126	-3,2%
Imola	909	975	7,3%
Ferrara	2.460	2.243	-8,8%
Ravenna	3.009	3.095	2,9%
Forlì	1.469	1.423	-3,1%
Cesena	1.611	1.631	1,2%
Rimini	2.674	2.542	-4,9%
Totale	36.808	35.474	-3,6%

Il contributo relativo di ogni azienda alla raccolta dati sull'allattamento è coerente con la proporzione di nati per azienda rispetto al totale regionale (confronto: popolazione di nati del 2020, dato regionale CedAP) (tabella IV).

Tabella IV. Contributo % di ogni AUSL/ambito al totale della popolazione monitorata per vaccinazione: confronto con il contributo % al totale dei nati, anno 2020.

AUSL/ambiti	Dati allattamento				Nati 2020*	
	prima vaccinazione		seconda vaccinazione		N	%
	N	%	N	%		
Piacenza	1.270	6,8	1.045	6,3	1.867	6,2
Parma	2.112	11,3	1.875	11,2	3.415	11,3
Reggio Emilia	2.382	12,7	2.129	12,7	3.213	10,6
Modena	2.963	15,8	2.663	15,9	5.393	17,9
Bologna	3.799	20,2	3.327	19,9	6.264	20,8
Imola	542	2,9	433	2,6	857	2,8
Ferrara	1.178	6,3	1.065	6,4	1.824	6,0
Ravenna	1.577	8,4	1.518	9,1	2.065	6,8
Forlì	742	4,0	681	4,1	888	2,9
Cesena	858	4,6	773	4,6	1.874	6,2
Rimini	1.346	7,2	1.196	7,2	2.520	8,3
Totale	18.769	100,0	16.705	100,0	30.180	100,0

* da flusso CedAP

Le schede con dati mancanti sull'allattamento sono 1.126, pari a 3.1% del totale come media regionale; le schede con dati allattamento inseriti ma impossibili (ad esempio:

tutte e quattro le risposte negative) sono 225, meno dell'1% del totale come media regionale (tabella V).

Tabella V. Caratteristiche delle schede per AUSL/ambito, anno 2020.

AUSL/ambiti	schede inserite	schede informative	dati mancanti	% mancanti	dati impossibili	% impossibili
Piacenza	2.375	2.315	46	1,9	14	0,6
Parma	4.223	3.987	208	4,9	28	0,7
Reggio Emilia	4.555	4.511	32	0,7	12	0,3
Modena	5.783	5.626	139	2,4	18	0,3
Bologna	7.391	7.126	235	3,2	30	0,4
Imola	1.002	975	25	2,5	2	0,2
Ferrara	2.303	2.243	55	2,4	5	0,2
Ravenna	3.229	3.095	111	3,4	23	0,7
Forlì	1.537	1.423	105	6,8	9	0,6
Cesena	1.760	1.631	83	4,7	46	2,6
Rimini	2.667	2.542	87	3,3	38	1,4
Totale	36.825	35.474	1.126	3,1	225	0,6

Il numero di lattanti per i quali non è possibile procedere con il link ai dati contenuti nel flusso CedAP per il 2020 è comparabile a quello dell'anno precedente: 13.388 (36.4%), con evidenti differenze fra azienda/ambito (tabella VI).

Tabella VI. Schede non linkate al flusso CedAP per AUSL/ambito, anno 2019 e 2020.

AUSL/ambiti	2019*		2020	
	schede inserite	% link CedAP mancante	schede inserite	% link CedAP mancante
Piacenza	2.464	14,0	2.375	14,8
Parma	4.364	20,9	4.223	13,0
Reggio Emilia	4.694	15,4	4.555	17,8
Modena	6.167	48,6	5.783	37,4
Bologna	7.649	7,0	7.391	5,3
Imola	964	7,0	1.002	3,8
Ferrara	2.522	19,0	2.303	9,9
Ravenna	3.156	92,0	3.229	92,3
Forlì	1.514	98,3	1.537	98,6
Cesena	1.756	97,6	1.760	98,9
Rimini	2.804	79,6	2.667	98,2
Totale	38.054	37,8	36.825	36,4

*si riportano anche i dati relativi alle schede non linkate al CedAP nel 2019, essendo errati quelli riportati nel precedente report. Su sfondo grigio i dati dell'AUSL di Romagna, in cui il link è quasi sempre mancante.

Sostanzialmente stabile, rispetto all'anno precedente, la quota di figlie di donne straniere (34%; dato tratto dal flusso CedAP) relativa alla popolazione delle vaccinate per le quali è stato possibile linkare i record (tabella VII), senza rilevanti modifiche rispetto ai paesi e alle macro-aree di provenienza (figure 1 e 2).

Tabella VII. Paese di provenienza (macro-aree) delle madri dei bambini vaccinati, da flusso CedAP, periodo 2015-2020.

Macro-aree di provenienza*	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Italia	9.667	68	22.916	68	21.462	66	12.143	65	15.401	65	15.523	66
Africa	1.599	11	3.824	11	3.821	12	2.094	11	2.888	12	2.748	12
Altri paesi europei	1.113	8	2.746	8	2.777	9	1.523	8	1.885	8	1.823	8
Asia	821	6	1.884	6	1.869	6	1.325	7	1.852	8	1.827	8
Unione Europea	802	6	1.916	6	1.961	6	1.093	6	1.288	5	1.193	5
America	186	1	433	1	401	1	262	1	323	1	317	1
Oceania-Apolidi	2	0	27	0	24	0	183	1	21	0	5	0
Totale	14.190	100	33.746	100	32.315	100	18.623	100	23.658	100	23.436	100

*calcolate sulla base dei codici ISTAT.

Figura 1. Vaccinate figlie di madri straniere: distribuzione % per paese di provenienza materna, elaborazione da flusso CedAP (primi 10 paesi più rappresentati), 2020.

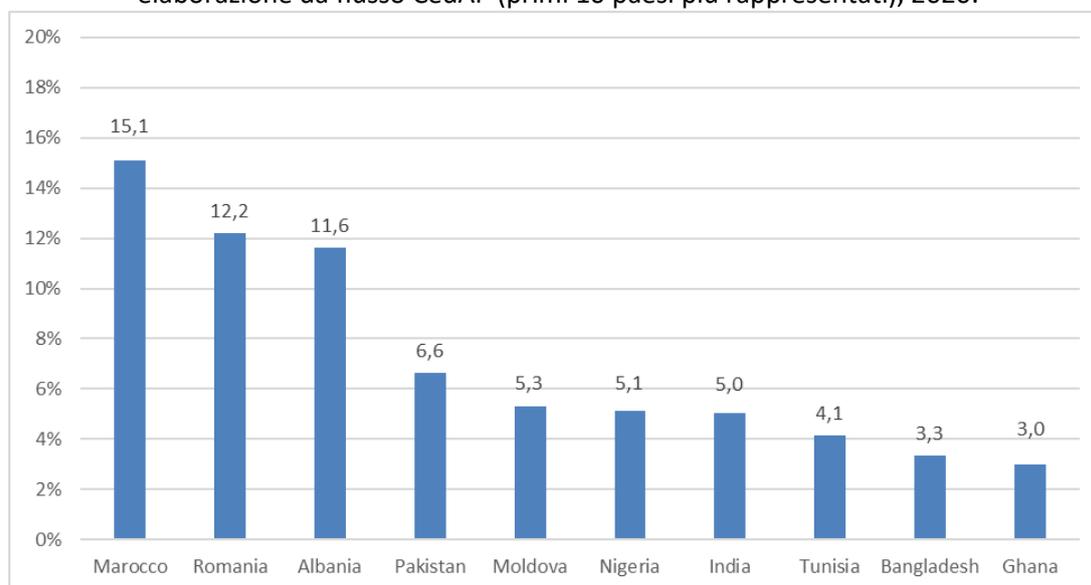
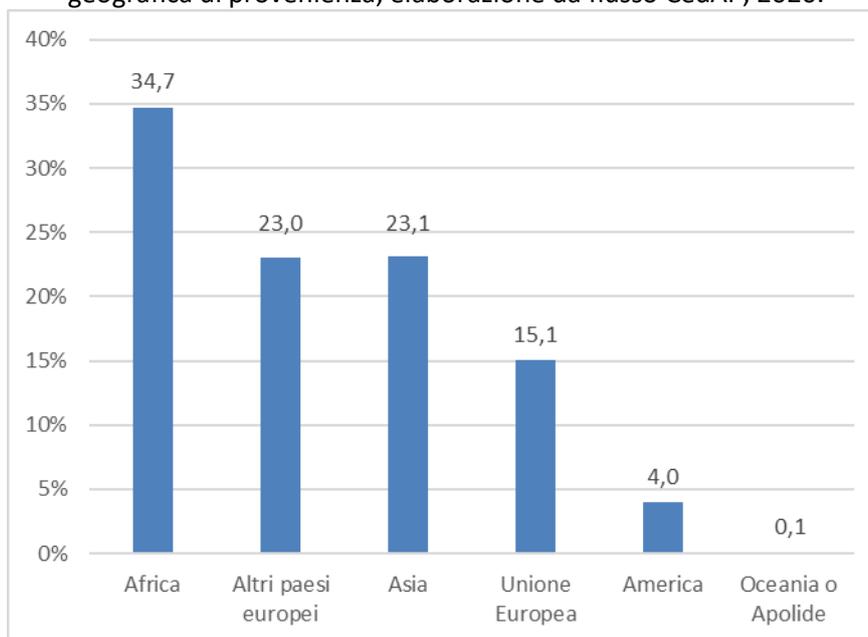


Figura 2. Vaccinati, figli di madri straniere: distribuzione % per macroarea geografica di provenienza, elaborazione da flusso CedAP, 2020.



La distribuzione della variabile età nella popolazione dei vaccinati (36.825 osservazioni), utilizzando le due fasce di 15 giorni al momento della prima e della seconda vaccinazione, è riportata in tabella VIII.

Tabella VIII. Distribuzione dell'età alla prima e seconda vaccinazione, anno 2020.

Gruppi di età giorni	I vaccinazione		II vaccinazione	
	n	%	n	%
61-75	16.859	87		
76-90	2.626	13		
121-135			9.110	53
136-150			8.230	47
Totale	19.485	100	17.340	100

La distribuzione dell'età alla vaccinazione segue andamenti lievemente differenti nelle singole AUSL/ambiti (figure 3 e 4).

Figura 3. Distribuzione dell'età alla prima vaccinazioni per AUSL/ambito, anno 2020.

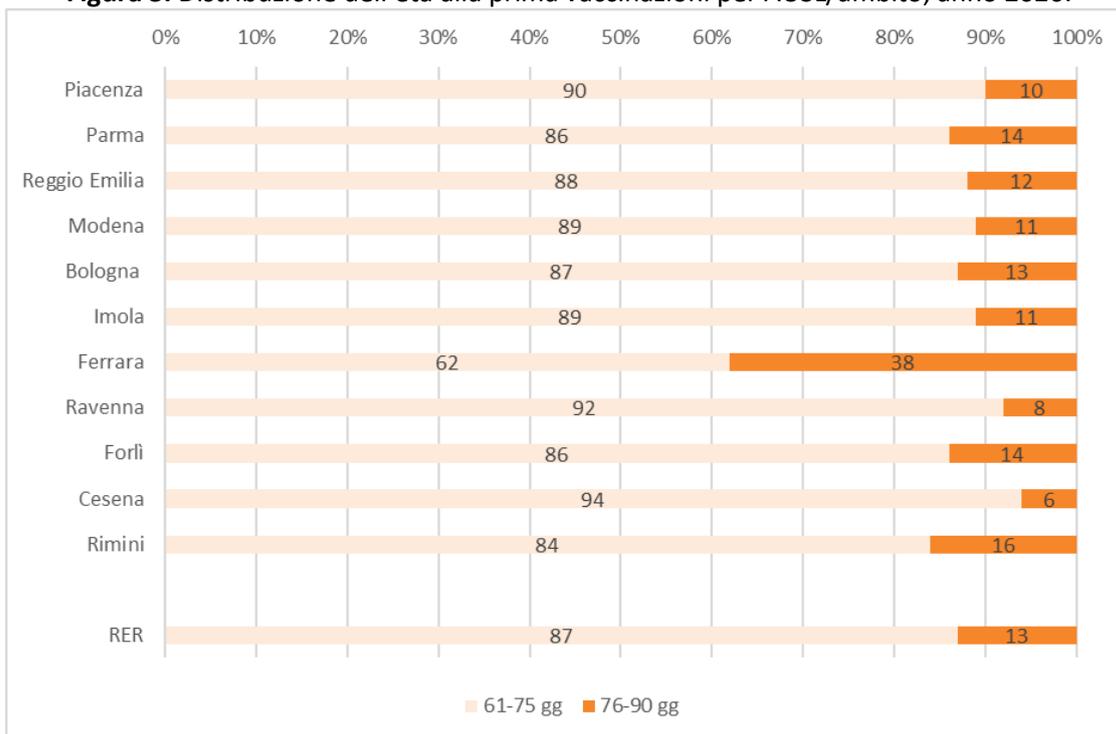
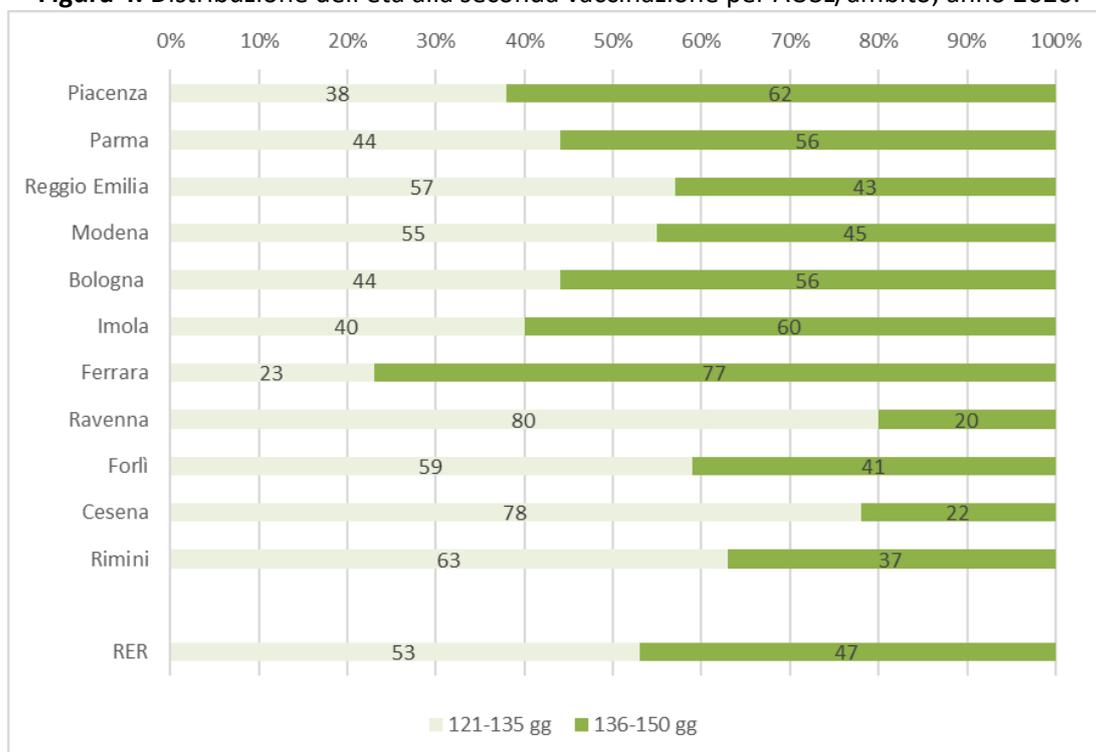


Figura 4. Distribuzione dell'età alla seconda vaccinazione per AUSL/ambito, anno 2020.



Prevalenza allattamento

La prevalenza media regionale di allattamento completo (somma fra allattamento esclusivo e predominante) a tre mesi è pari a 57.1%, dato stabile nel tempo (figura 5). A cinque mesi la prevalenza media regionale di allattamento completo è pari a 47.3%, in lieve miglioramento rispetto al passato (figura 6).

Figura 5. Prevalenza dell'allattamento a 3 mesi, dati standardizzati per età, 1999-2020.

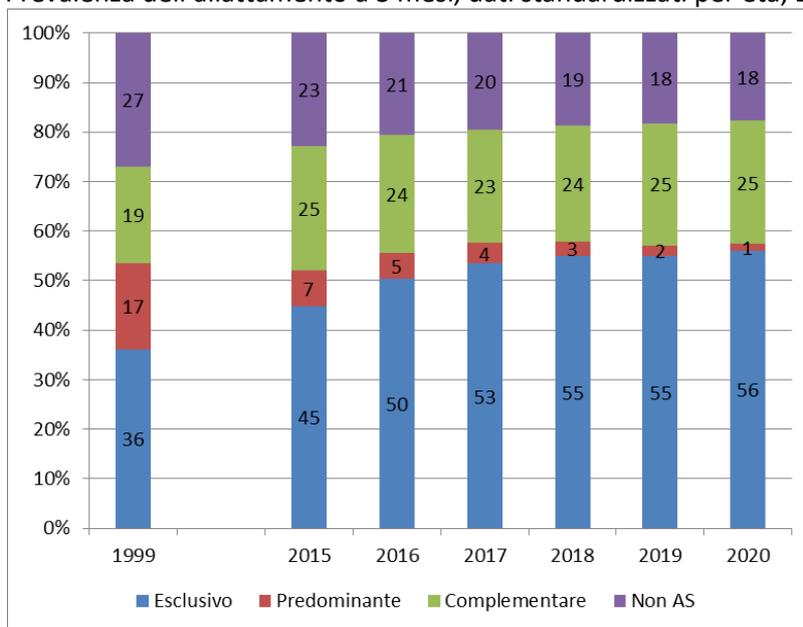
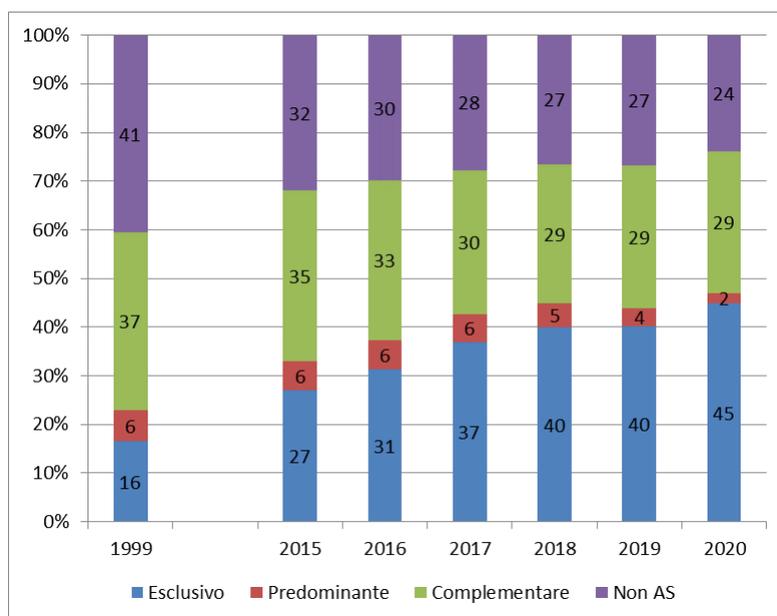
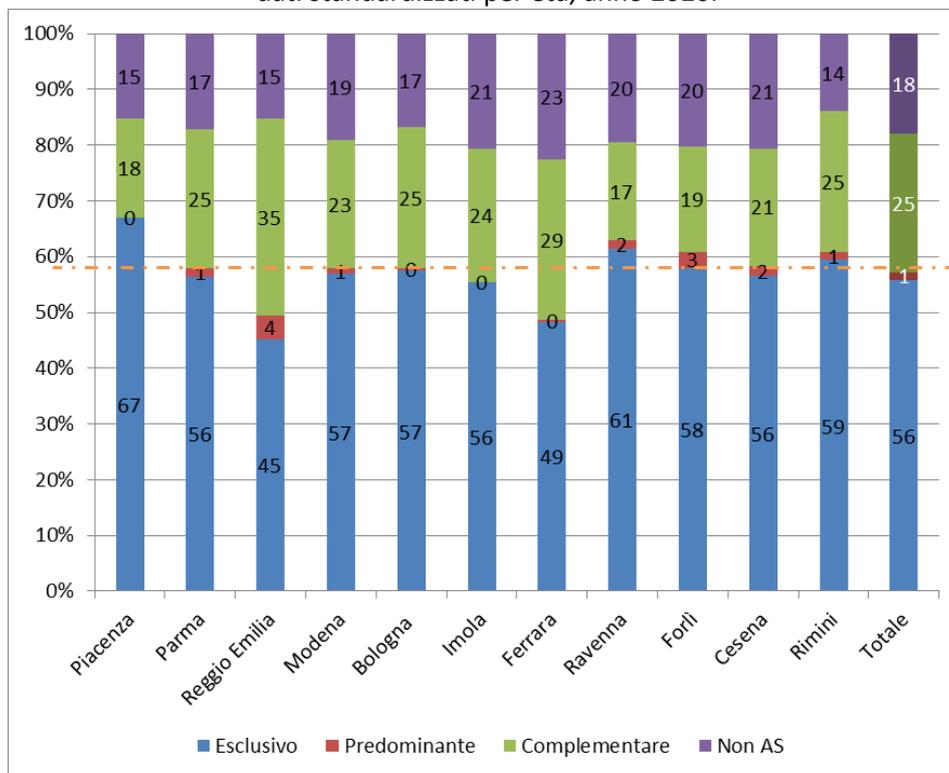


Figura 6. Prevalenza dell'allattamento a 5 mesi, dati standardizzati per età, 1999-2020.



A livello di AUSL/ambito, la prevalenza di allattamento completo alla prima vaccinazione è compresa fra 48.7% e 67.0%. La variabilità della prevalenza di *non* allattamento è compresa fra 13.9% e 22.6% (figura 7).

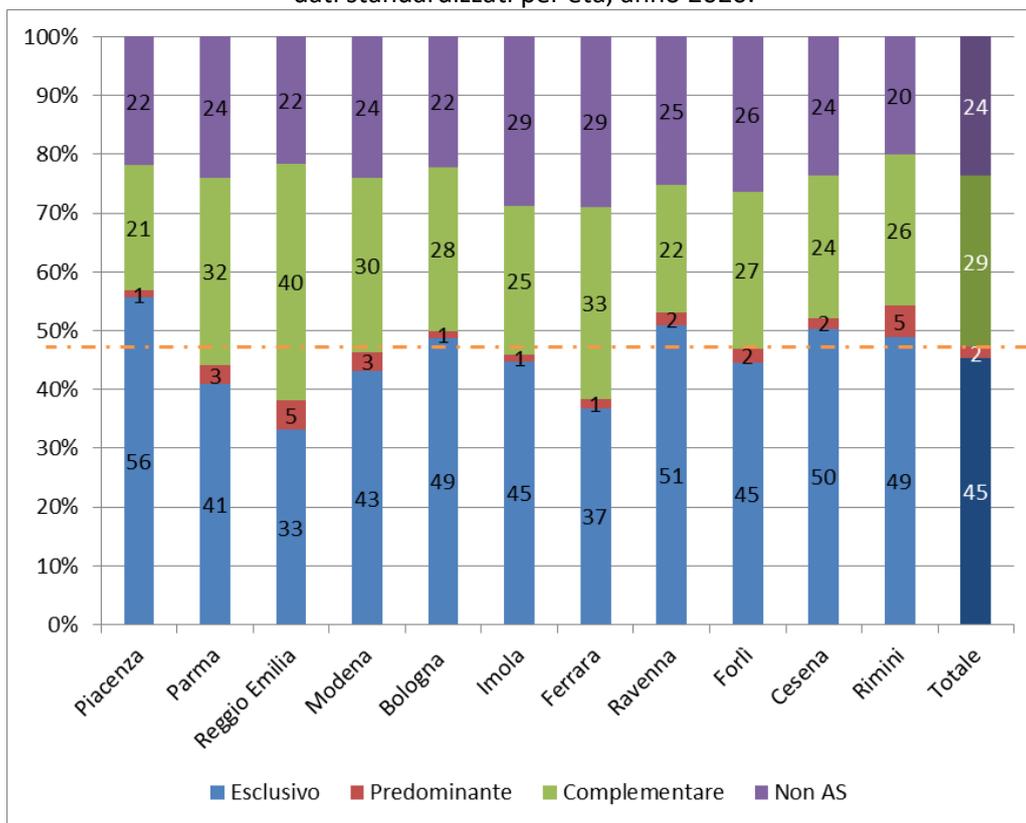
Figura 7. Prevalenza dell'allattamento a 3 mesi, livello AUSL/ambito, dati standardizzati per età, anno 2020.



la linea tratteggiata arancione indica il dato medio regionale di allattamento completo (somma esclusivo più predominante) a tre mesi, pari a 57%.

A cinque mesi la variabilità del tasso di allattamento completo nelle diverse AUSL/ambiti è compresa fra 38.0% e 56.5%, quella del *non* allattamento fra 20.1% e 29.0% (figura 8).

Figura 8. Prevalenza dell'allattamento a 5 mesi, livello AUSL/ambito, dati standardizzati per età, anno 2020.



la linea tratteggiata arancione indica il dato medio regionale di allattamento completo (somma esclusivo più predominante) a cinque mesi, pari a 47%.

Le differenze si accentuano passando al livello distrettuale: a tre mesi di vita la prevalenza di allattamento completo varia da 45.0% a 73.9% nei diversi distretti (figura 9); a cinque mesi di vita da 26.0% a 62.9% (figura 10).

Il campione di dati consente di avere una stima precisa della prevalenza di allattamento completo a livello regionale e aziendale/di ambito anche dopo aver introdotto la standardizzazione per età (figure 11 e 12). A livello distrettuale la precisione è buona (figura 13 e figura 14), con un intervallo che risulta sempre inferiore a $\pm 10\%$ in tutti i distretti tranne che a Piacenza distretto Ponente, Valli Taro e Ceno, Montecchio, Correggio, Castelnuovo né Monti, Pavullo nel Frignano, Castelfranco Emilia, Appennino Bolognese, Pianura ovest, Lugo e Cesena Valle del Savio al momento della prima vaccinazione; le stime di prevalenza standardizzata per età alla prima vaccinazione in questi distretti va quindi interpretata con cautela. Non si rilevano problemi di accuratezza delle stime alla seconda vaccinazione.

Figura 9. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 mesi, variabilità fra distretti, dati standardizzati per età, anno 2020.

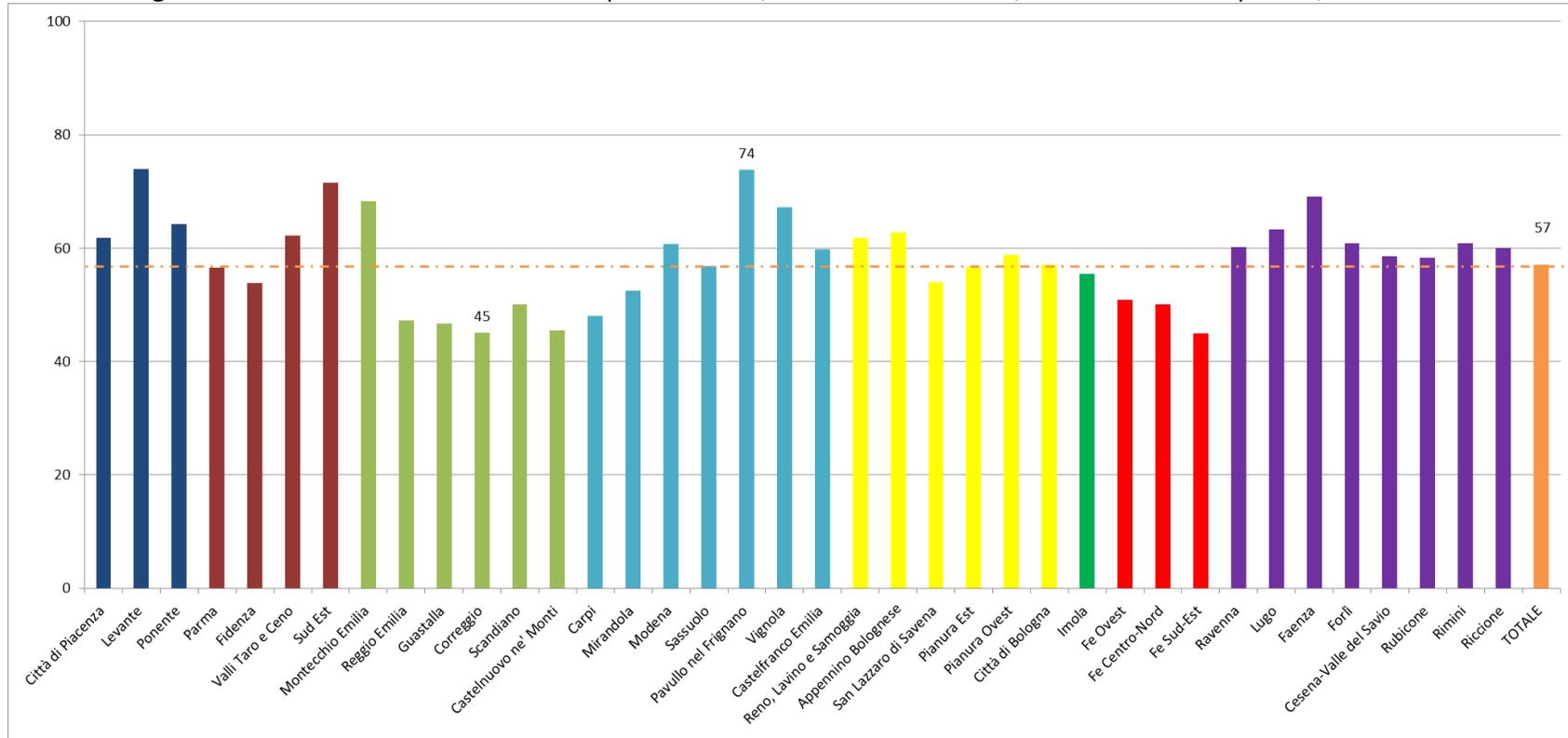


Figura 10. Prevalenza dell'allattamento completo a 5 mesi, variabilità fra distretti, dati standardizzati per età, anno 2020.

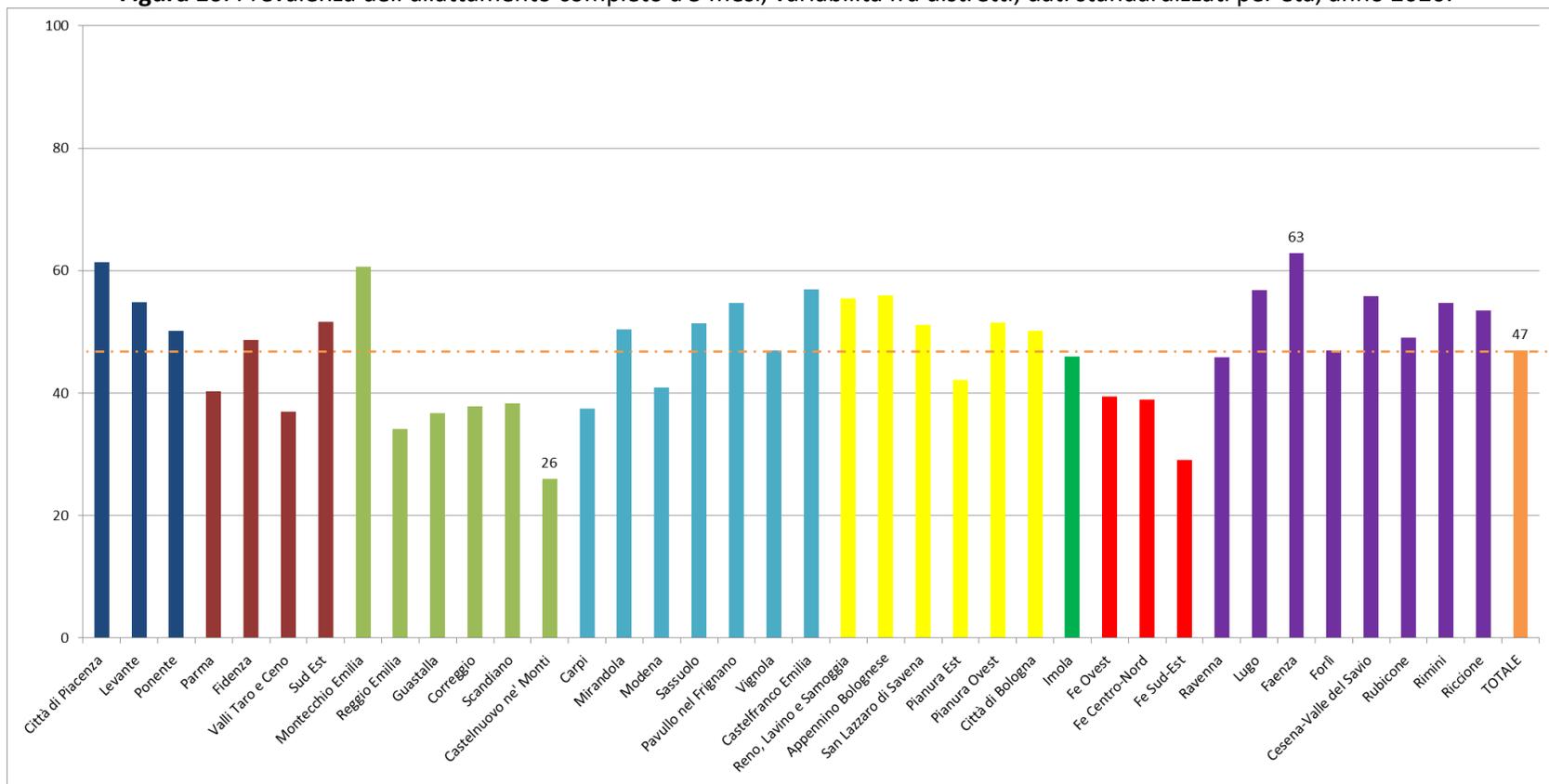


Figura 11. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 mesi, precisione della stima standardizzata per età per AUSL/ambiti, anno 2020.

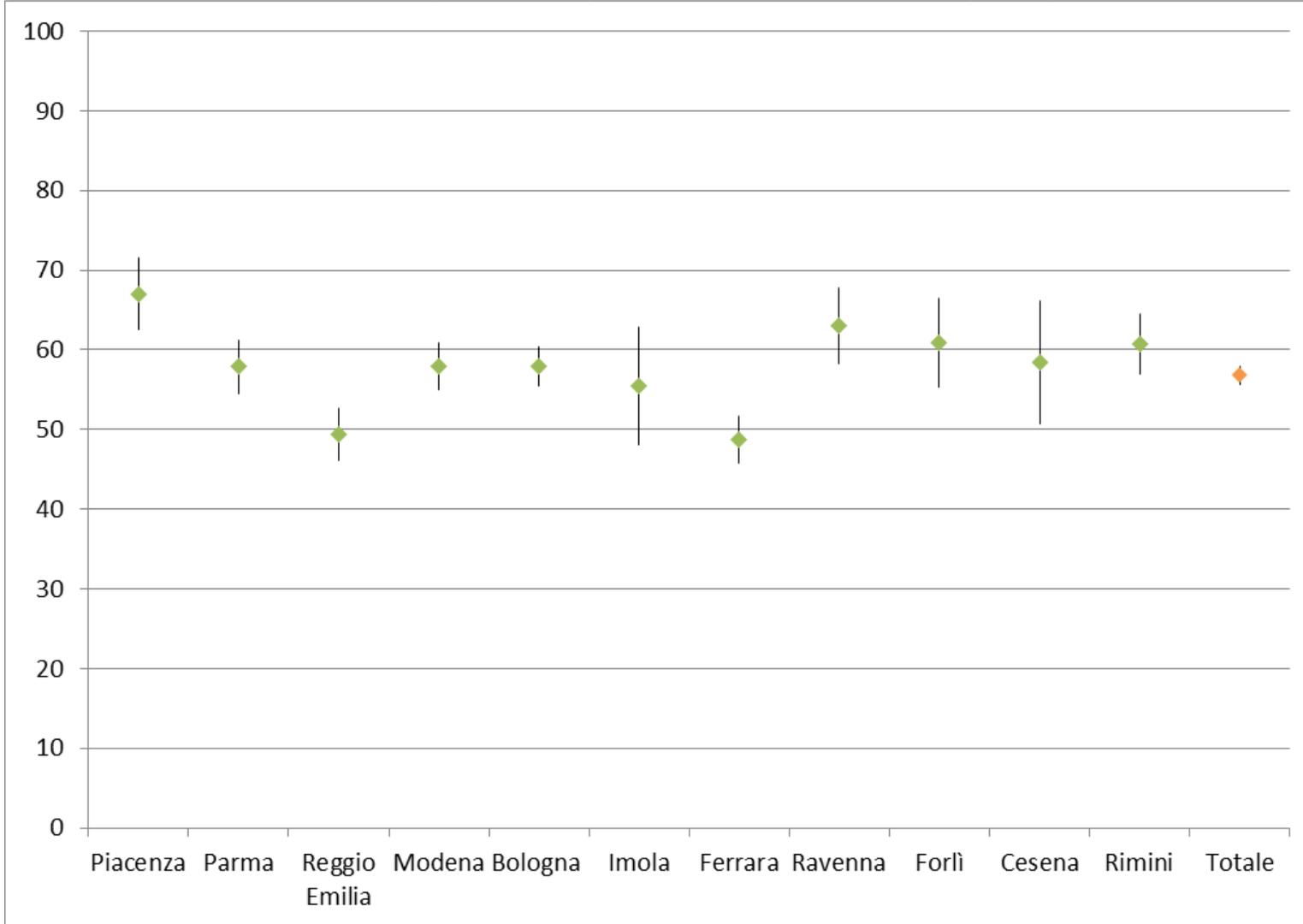


Figura 12. Prevalenza dell'allattamento completo a 5 mesi, precisione della stima standardizzata per età per AUSL/ambiti, anno 2020.

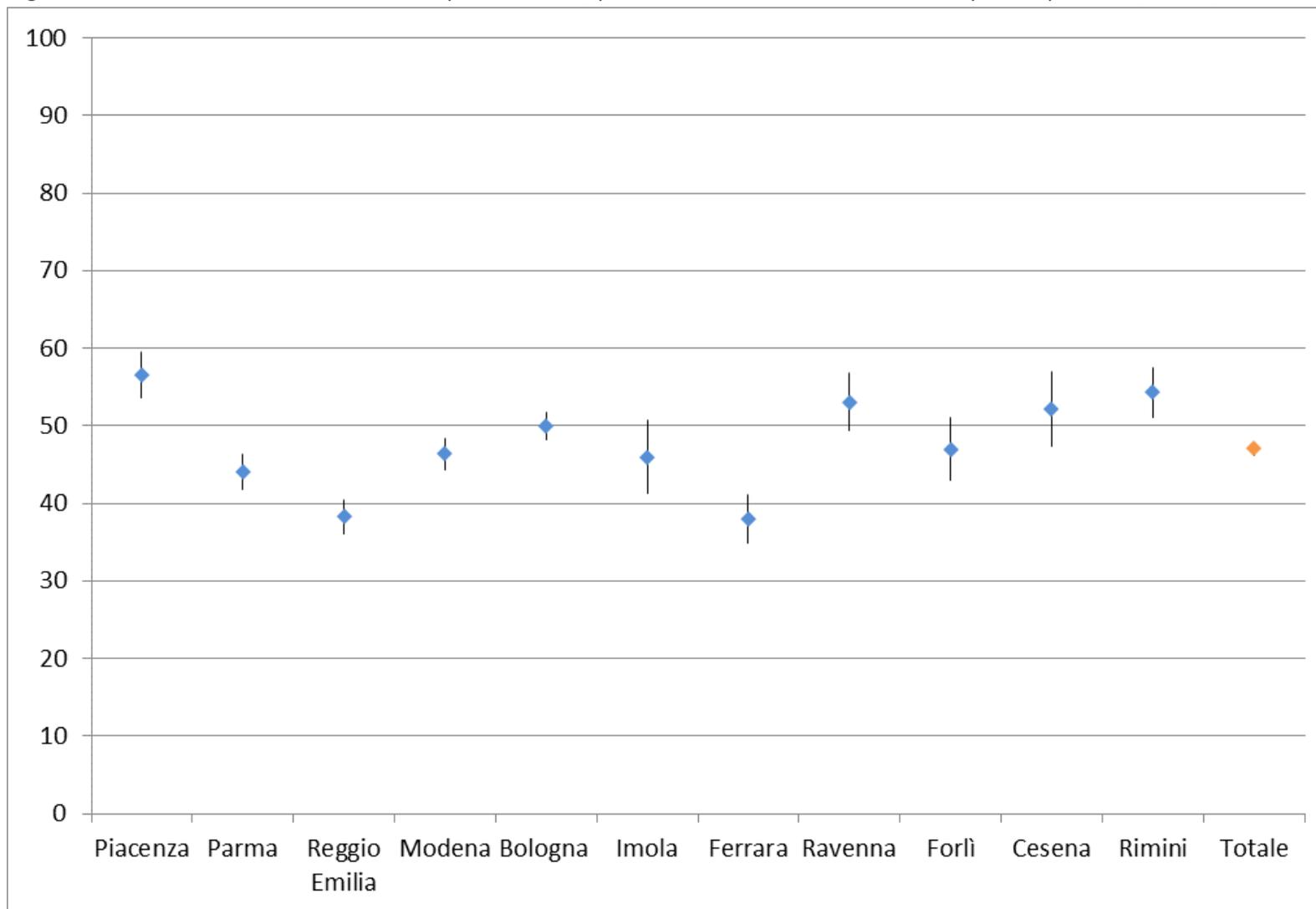


Figura 13. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 mesi, precisione della stima standardizzata per età per distretto, anno 2020.

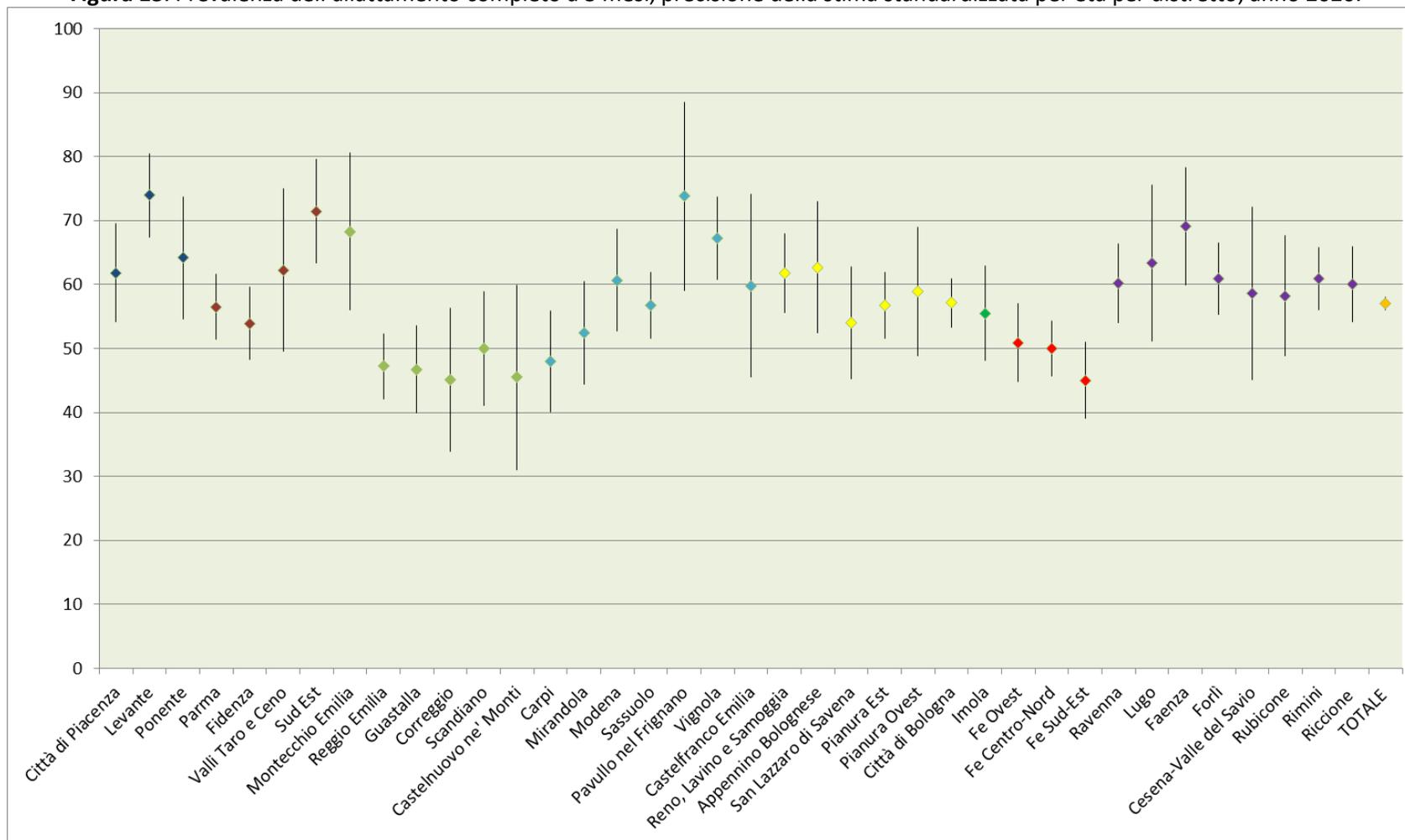
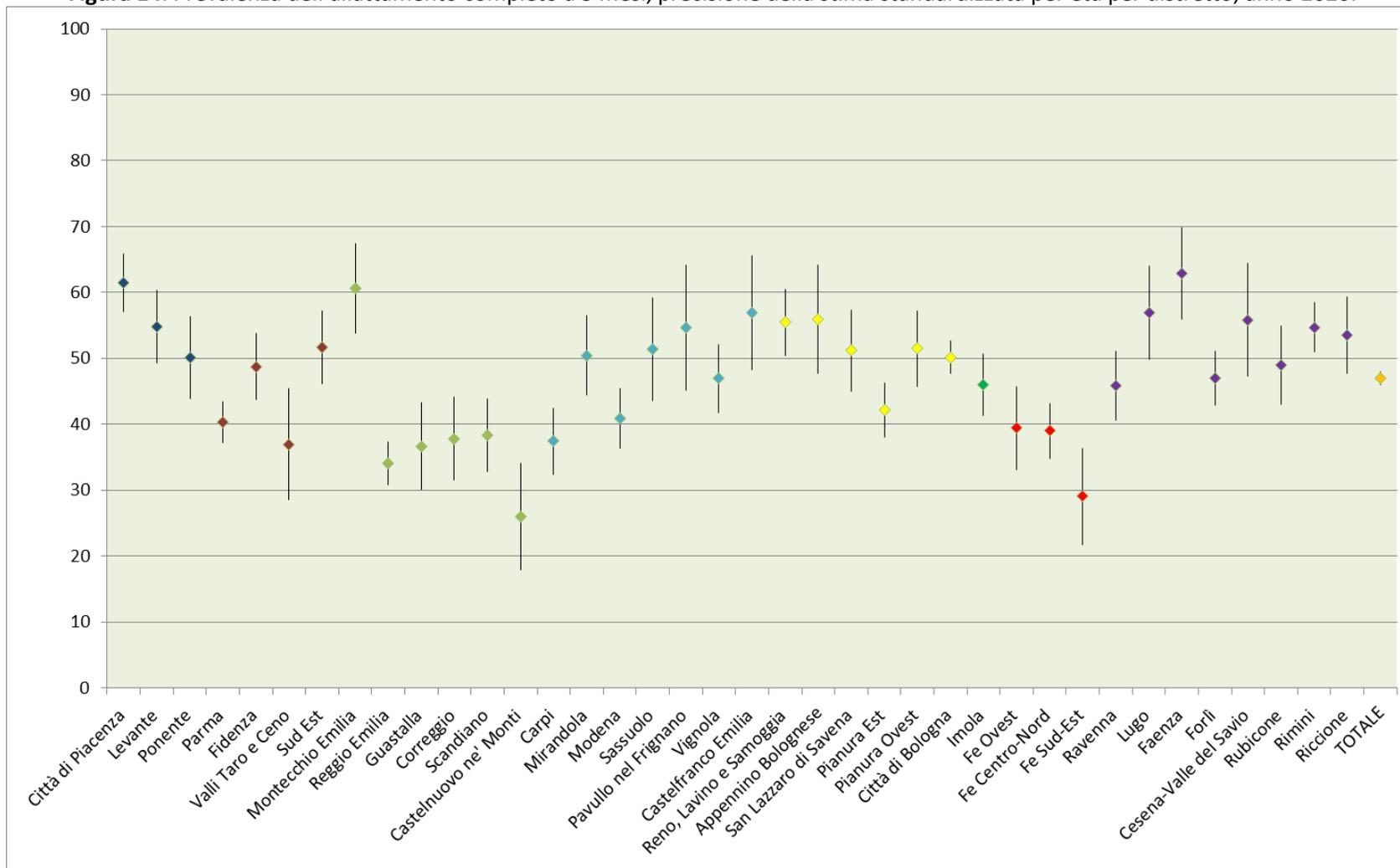


Figura 14. Prevalenza dell'allattamento completo a 5 mesi, precisione della stima standardizzata per età per distretto, anno 2020.



Analisi temporale: prima e durante la pandemia

Per studiare l’impatto della pandemia sull’esito di interesse (allattamento completo a tre e cinque mesi) tenendo conto dei fattori di contesto, si è proceduto, come negli anni precedenti, al collegamento fra banca dati AVR e CedAP: il link è stato possibile per 63.6% delle schede compilate (13.388/36.825), dato stabile rispetto all’anno passato (tabella VI, pg. 14). Nel 2018 venne modificato l’algoritmo di attribuzione del codice identificativo sulla base dell’assegnazione alla nascita del codice fiscale rendendo più difficoltoso il link fra le due banche dati, che passò da 86% nel 2017 a 49% nel 2018, per poi risalire sopra a 60% dal 2019. Prima della crisi correlata a CoVID-19 le AUSL avevano iniziato a implementare procedure locali per agevolare l’attribuzione del codice fiscale alla nascita, intervento che avrebbe permesso un più efficace link fra le due banche dati, ma l’emergenza ha portato a un arresto del cambiamento.

La comparazione fra dati generali della popolazione di donne che partorisce in Emilia-Romagna e dei loro neonati e la popolazione di neonati inclusi in AVR per i quali è possibile il link con il flusso CedAP, e quindi la conoscenza delle caratteristiche materne, non evidenzia differenze fra le popolazioni: è quindi minimo il rischio di *selection bias* (tabella IX).

Tabella IX. Confronto dati generali popolazione AVR e popolazione CedAP per gli anni 2019-2020.

	2019 AVR	2019 CedAP	2020 AVR	2020 CedAP
madre italiana	65,1	66,5	66,2	67,7
padre italiano	68,5	69,9	69,3	65,5
lattante italian*	74,1	NA	75,5	NA
madre coniugata	61,0	59,5	59,8	54,1
scolarità madre: elementari-medie	24,9	24,8	24,1	23,8
scolarità madre: superiori	40,0	40,3	38,8	40,4
scolarità madre: laurea	35,1	34,9	37,1	35,9
scolarità padre: elementari-medie	31,2	32,2	32,4	31,0
scolarità padre: superiori	44,3	44,8	42,5	41,7
scolarità padre: laurea	24,5	23,0	25,0	22,3
madre occupata	63,1	63,1	65,5	62,4
madre studentessa	1,0	1,0	1,0	1,0
padre occupato	96,4	96,2	96,5	92,1
padre studente	0,2	0,4	0,2	0,1
età materna <18	0,2	0,2	0,1	0,1
età materna 18-35*	71,2	65,2	71,3	64,9
età materna >35*	28,6	34,6	28,7	34,8

	2019 AVR	2019 CedAP	2020 AVR	2020 CedAP
pluripara	48,9	50,1	48,0	50,0
fumo materno no [^]	86,0	83,0	87,8	84,2
fumo materno smesso [^]	9,2	11,4	7,7	8,4
fumo materno sì [^]	4,8	5,6	4,5	5,0
madre normopeso	62,8	63,0	61,7	62,0
madre sottopeso	7,0	7,0	7,0	6,8
madre sovrappeso	20,6	20,4	21,0	20,8
madre obesa	9,6	9,6	10,3	10,4
assistenza pubblica in gravidanza	59,4	59,3	61,2	61,7
corso accompagnamento alla nascita sì	34,1	35,1	26,0	23,4
corso accompagnamento alla nascita no, già fatto	13,8	14,9	13,0	14,0
corso accompagnamento alla nascita no	52,1	50,0	61,0	61,0
gravidanza fisiologica	71,0	74,2	69,2	71,1
parto vaginale non operativo	68,8	71,3	67,8	71,0
parto vaginale operativo	4,7	4,5	5,4	4,6
taglio cesareo	26,5	24,2	26,8	24,4
parto a termine	93,3	92,7	93,0	92,3
parto pretermine	6,4	6,2	6,7	6,5
parto post-termine	0,3	1,1	0,3	1,3
peso neonatale normale	87,8	86,9	87,2	86,8
basso peso neonatale	6,2	6,6	6,6	6,4
neonato macrosoma	5,9	6,5	6,2	6,8
lattante sesso femminile	49,2	48,9	48,5	48,5
procreazione medicalmente assistita	3,3	3,1	4,0	3,4
uso epidurale durante il parto	22,9	24,8	21,3	20,3
feto singolo	97,2	98,5	96,8	97,0

**ma CedAP usa ≥ 35 anni*

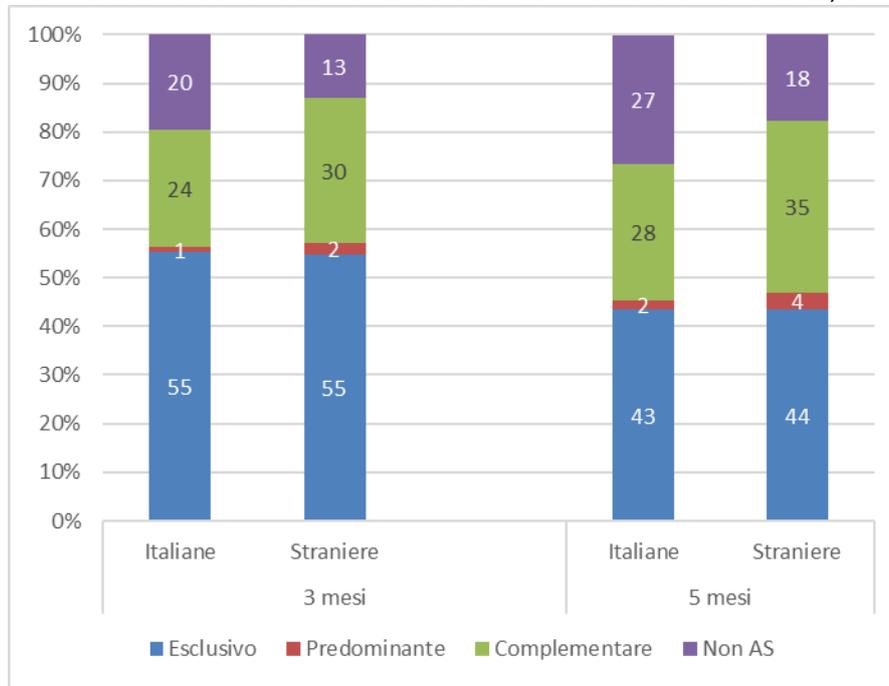
^ma CedAP elimina Bologna che riporta dato di assenza fumo più basso

Nel 2020 non si rilevano differenze nella prevalenza di allattamento completo in base al sesso del lattante né a tre mesi né a cinque mesi (in entrambi i casi OR maschi vs femmine: 0.96; intervallo di confidenza al 95% - IC95%: 0.91, 1.02).

A tre mesi la prevalenza di allattamento completo nelle donne italiane (56.2%) approssima quella nelle donne straniere (57.0%); quella di *non* allattamento è pari a 19.6% nelle italiane e 13.1% nelle straniere (OR italiane vs straniere: 1.82; IC95%: 1.62, 2.03; $p < 0.001$). Anche a cinque mesi la prevalenza di allattamento completo è simile nei due gruppi e pari a 45.4% nelle italiane e 47.0% nelle straniere, mentre rimane clinicamente e statisticamente significativa la differenza in termini di *non*

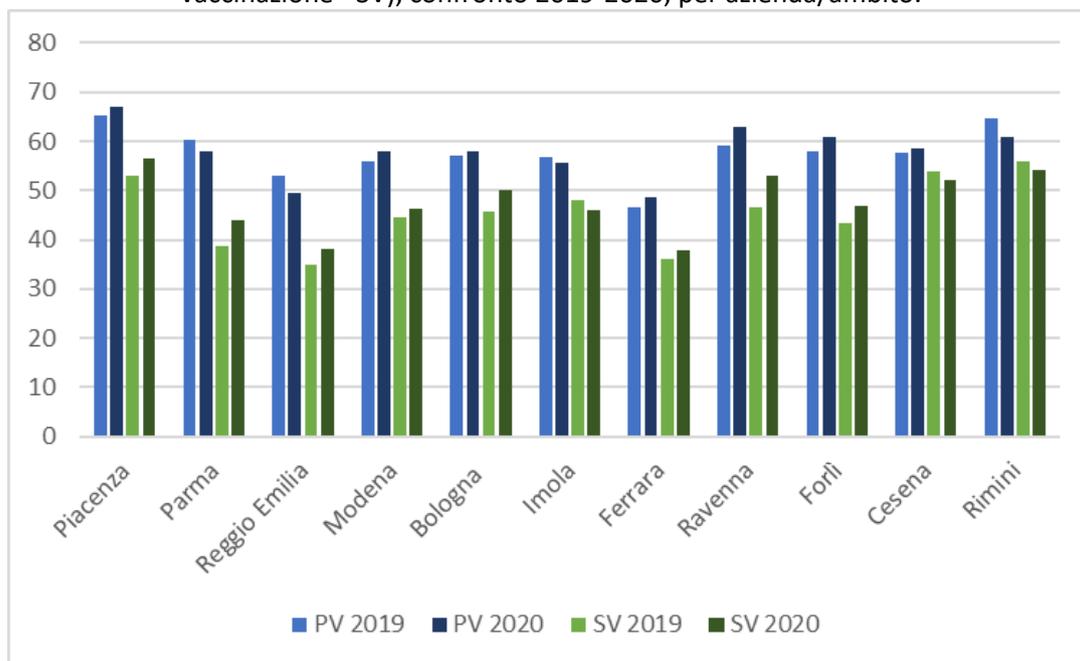
allattamento, pari a 26.5% nelle italiane e 17.8% nelle straniere (OR italiane vs straniere: 1.69; IC95%: 1.53, 1.87; $p < 0.001$) (figura 15).

Figura 15. Prevalenza dell'allattamento a 3 e 5 mesi in base alla nazionalità, anno 2020.



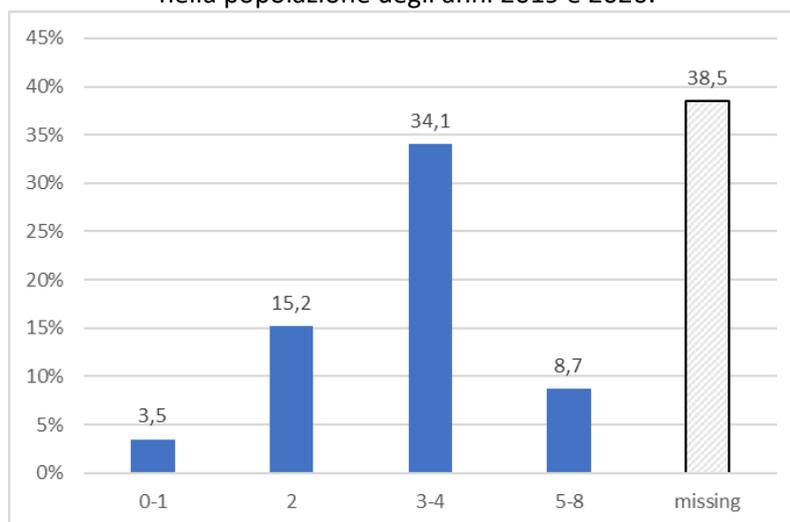
Il confronto a livello di azienda/ambito dei tassi di prevalenza di allattamento completo a tre e cinque mesi nell'anno 2019 (pre-pandemia) e 2020 (durante la pandemia) evidenzia che i cambiamenti temporali non vanno tutti nella stessa direzione (figura 16).

Figura 16. Prevalenza dell'allattamento a 3 mesi (prima vaccinazione - PV) e 5 mesi (seconda vaccinazione - SV), confronto 2019-2020, per azienda/ambito.



La distribuzione dello score CedAP-G nella popolazione di donne incluse nel monitoraggio dei dati di allattamento nel 2019 e 2020, sintetizzata in quattro fasce, è riportata in figura 17.

Figura 17. Distribuzione dell'indice di vulnerabilità (score CedAP-G) nella popolazione degli anni 2019 e 2020.



Il tasso di prevalenza di allattamento completo a tre e cinque mesi correla con l'indice di vulnerabilità alla prima (figura 18) e alla seconda vaccinazione (figura 19),

confermando che lo score cattura quelle caratteristiche materne, proxy di uno stato di vulnerabilità, che si associano all'esito di interesse.

Figura 18. Prevalenza dell'allattamento completo a tre mesi in base all'indice di vulnerabilità (score CedAP-G) nella popolazione degli anni 2019 e 2020.

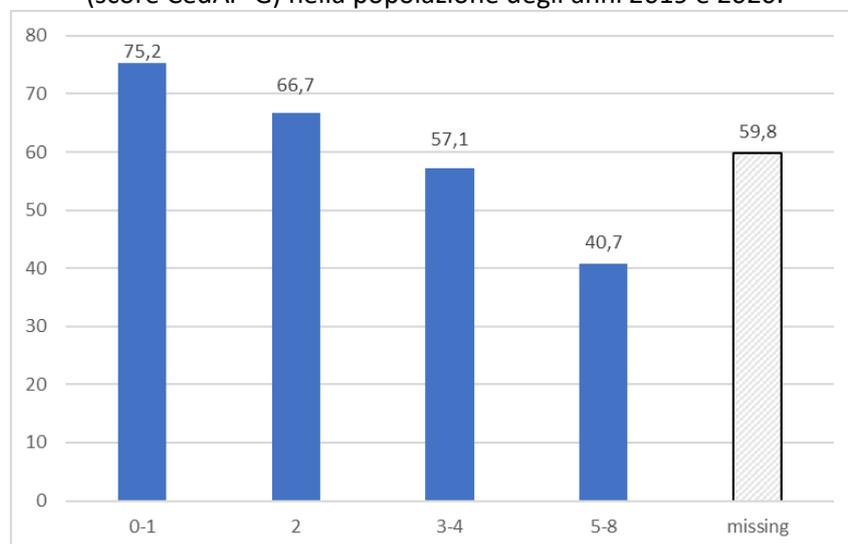
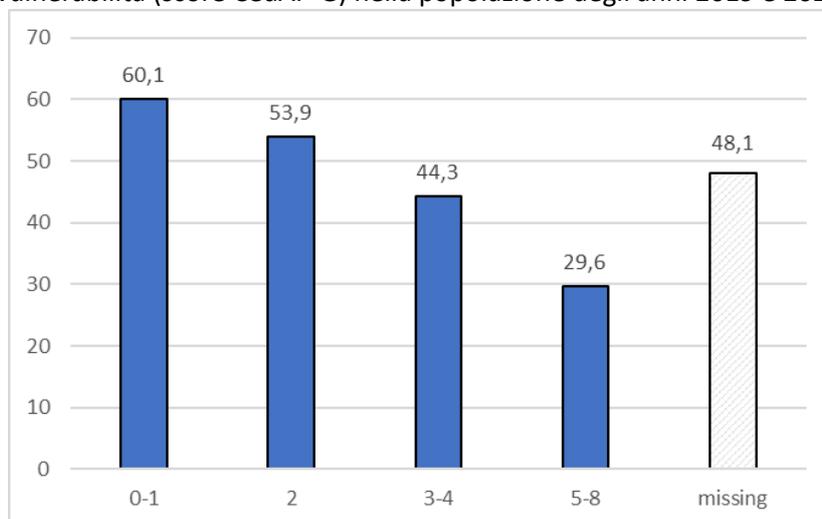


Figura 19. Prevalenza dell'allattamento completo a cinque mesi in base all'indice di vulnerabilità (score CedAP-G) nella popolazione degli anni 2019 e 2020.



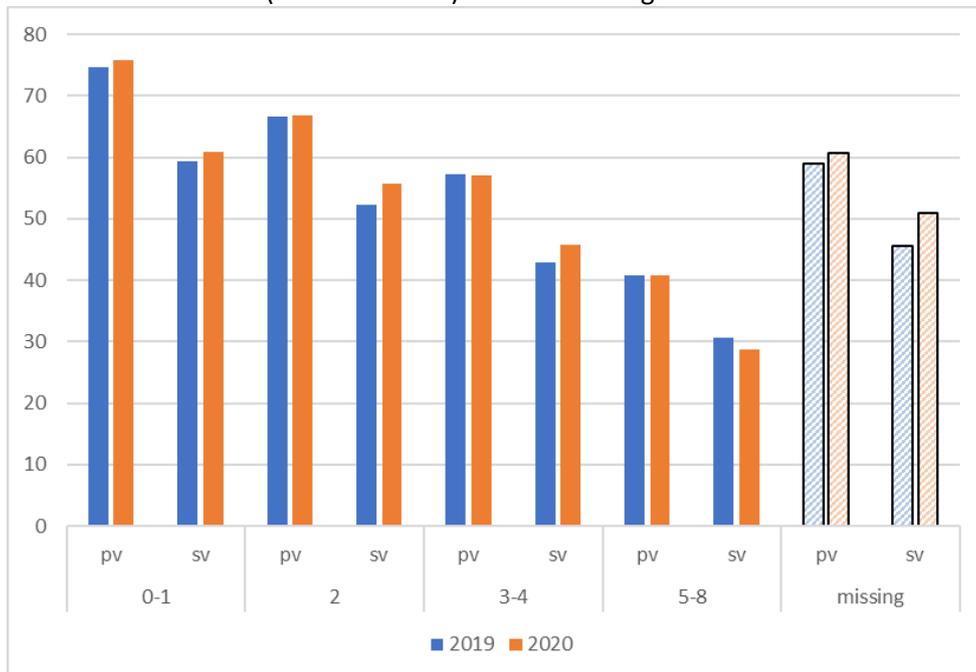
Il confronto fra i tassi di allattamento completo per l'anno 2020 rispetto al 2019 in base alle fasce di vulnerabilità (figura 20) non evidenzia differenze statisticamente significative alla prima vaccinazione (OR anno 2020 vs 2019: 1.00; IC95%: 0.95, 1.06). Alla seconda vaccinazione, invece, nell'anno della pandemia si rileva una lieve riduzione nella fascia di maggiore vulnerabilità (score 5-8), mentre nelle altre fasce

si evidenzia una lieve tendenza in aumento (tabella X, figura 20): la differenza di prevalenza alla seconda vaccinazione è statisticamente significativa (OR anno 2020 vs 2019: 1.10; IC95%: 1.04, 1.16).

Tabella X. Tassi di prevalenza alla prima e seconda vaccinazione anni 2019-2020, per score di vulnerabilità CedAP-G.

Score CedAP-G	vaccinazione	Tasso di prevalenza %	
		2019	2020
0-1	prima	74,7	75,8
	seconda	59,4	60,8
2	prima	66,6	66,8
	seconda	52,2	55,8
3-4	prima	57,2	57,0
	seconda	42,9	45,7
5-8	prima	40,7	40,7
	seconda	30,7	28,7
missing	prima	58,9	60,7
	seconda	45,6	51,0

Figura 20. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 (pv) e 5 (sv) mesi in base all'indice di vulnerabilità (score CedAP-G): confronto fra gli anni 2019 e 2020.



Benchmarking esterno: confronto con altre realtà italiane

Oltre ai dati relativi al confronto interno fra aziende/ambiti e distretti della Regione, si riportano anche i tassi di **prevalenza di allattamento esclusivo** riferiti al 2020 di altre regioni/PA, in particolare Toscana, PA di Trento e Friuli-Venezia Giulia, che hanno condiviso con noi i risultati della loro attività di monitoraggio annuale (tabella XI).

La Regione Toscana¹² ha attivo da marzo 2019 un sistema di rilevazione longitudinale sul percorso nascita che permette di raccogliere in maniera continua dalle utenti i dati, oltre che sulla loro esperienza e la qualità percepita durante il percorso (gravidanza, il parto e il primo anno di vita), anche sui determinanti di salute 0-2 anni, tra cui l'allattamento, attraverso la somministrazione di questionari online multi-lingua effettuata in maniera personalizzata in base all'epoca gestazionale e successivamente alla data del parto. Più di una donna su due che ritirano il libretto di gravidanza nei consultori della Toscana partecipa alla rilevazione sistematica, con perdite contenute nel follow up. I dati raccolti attraverso questa indagine permettono il calcolo di indicatori che sono inseriti nel sistema di valutazione della performance in sanità (<https://performance.santannapisa.it/>), tra cui quelli sull'allattamento esclusivo durante il ricovero, a tre mesi e a sei mesi.

Nella PA di Trento¹³ il monitoraggio in continuo dell'allattamento alla nascita è previsto presso tutti i punti nascita sia dal Registro di monitoraggio continuo degli standard dell'Iniziativa *Baby Friendly* OMS-UNICEF, sia dal CedAP i cui dati sono elaborati annualmente. Inoltre, da ottobre 2019 in collaborazione con la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, raccoglie in maniera continua il dato dalle utenti con la stessa indagine proposta in Regione Toscana e con analoghi tassi di adesione e di risposta rispetto alla popolazione provinciale di utenti. L'indagine consente di rilevare i dati relativi all'allattamento alla nascita e nel corso del primo anno di vita (il dato riportato in tabella XIII è quello riferito a questa modalità di rilevamento, per favorire il confronto con la Toscana). I dati di prevalenza dell'allattamento nel corso dei primi due anni di vita sono inoltre raccolti durante le sedute vaccinali su un campione rappresentativo di mamme nell'ambito del *Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni*

¹² Bonciani M, comunicazione personale. Dati allattamento 2020 Toscana.

¹³ Pedrotti A, comunicazione personale. Dati allattamento 2020 PA Trento.

promosso dal Ministero della salute e coordinato dall'ISS, cui la PA di Trento aderisce insieme ad altre 11 Regioni.

Il monitoraggio in Friuli-Venezia Giulia¹⁴ utilizza invece una scheda informatizzata (sistema informativo regionale ad hoc) che raccoglie il dato alla dimissione dall'ospedale (*recall period* dalla nascita alla dimissione, salvo per le TIN) e al momento della seconda vaccinazione (*recall period* le ultime 24 ore). Il sistema permette poi di stratificare i dati per età del bambino¹⁵ distinguendo la prevalenza a 5 e a 6 mesi di vita.

Tabella XI. Prevalenza di allattamento esclusivo, confronto fra regioni, PA e aziende sanitarie italiane.

	Allattamento esclusivo				
	<i>dimissione</i>	<i>1 mese</i>	<i>3 mesi</i>	<i>5 mesi</i>	<i>6 mesi</i>
Friuli-Venezia Giulia	78.1%			46.7%	29.3%
PA Trento	79.3%	66.3%	64.2%		
Toscana	75.2%	67.6%	61.5%		14.7%
Emilia-Romagna			55.8%	44.6%	

Le differenti modalità di selezione del campione e di raccolta dati -ad eccezione di PA Trento e Toscana che usano la stessa modalità- suggeriscono cautela nel confronto, ma possono comunque indicare obiettivi di miglioramento possibili.

¹⁴ Braida C, Giornelli R, Milinco M, Ronfani L, Sola MV, comunicazione personale. Fonte: SIR- Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale, Regione Friuli-Venezia Giulia. Dati allattamento 2020.

¹⁵ Cattaneo A, Giuliani C. Breastfeeding in Friuli-Venezia Giulia. Eur J Public Health 2006;16:111

4. Commenti

La rilevazione dei dati sull'allattamento del 2020 conferma che la metodica scelta e implementata a partire dal 2015 - raccolta dati completamente informatizzata tramite il flusso dell'anagrafe vaccinale - è fattibile e sostenibile¹⁶, anche durante un periodo di grande impegno per i servizi sanitari, come è stato l'anno appena trascorso a causa della pandemia di SARS-CoV-2. Anche durante le fasi di maggiori restrizioni alla circolazione le vaccinazioni infantili sono state garantite, così come gli altri servizi compresi nei LEA, e dopo una fase iniziale di ridotto afflusso ai centri vaccinali il ritmo di accesso è ripreso normalmente (hanno ricevuto le vaccinazioni previste dal piano vaccinale oltre 95% dei bambini e delle bambine della regione)¹⁷; la facilità di raccolta del dato allattamento ha permesso di mantenere il monitoraggio anche durante la pandemia.

Anche per il 2020 la raccolta si è protratta da marzo a novembre permettendo di fare 36.825 osservazioni, un numero paragonabile a quello degli anni precedenti.

La quota di dati mancanti relativi all'allattamento, calcolata sul totale delle osservazioni vaccinali nel periodo di studio (tabella V), si conferma contenuta (media regionale 3.1%). Informazioni sull'alimentazione ritenute invece impossibili (presenza di tutte le risposte ma, ad esempio, tutte le risposte negative, quindi la lattante non prenderebbe latte materno, né formula, né altri liquidi, né semisolidi o pappe) sono inferiori a 1% a livello regionale (tabella V).

Stabile rispetto all'anno precedente la quota di figlie di madri italiane, pari a 66% (tabella VII). Si è scelto di continuare a riferirsi alla nazionalità della madre, come nelle passate rilevazioni, per permettere il confronto con i dati degli anni precedenti e perché la nazionalità materna riportata nel flusso CedAP sembra essere più affidabile di quella della neonata registrata nel flusso AVR (quest'anno il collegamento fra flusso allattamento e flusso CedAP è stato possibile per 63.6% delle schede, tabella VI).

A livello regionale il paese di provenienza delle madri più rappresentato continua a essere il Marocco, con una quota pari a 15.1% di tutte le madri straniere, seguito da Romania (12.2%) e Albania (11.6%) (figura 1).

¹⁶ Di Mario S, et al. Regular monitoring of breast-feeding rates: feasible and sustainable. The Emilia-Romagna experience. *Public Health Nutr* 2017;20:1895-902

¹⁷ Area SIVER di INSIDER, voce Prevenzione/Coperture vaccinali. <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportER/restricted/DashboardMainPage>

Nonostante la pandemia possa aver rappresentato un ostacolo al raggiungimento dell'obiettivo di allattamento (chiusura dei punti nascita più piccoli riconvertiti in ospedali COVID, modifiche delle routine assistenziali al parto, minore possibilità di accedere ai servizi di sostegno all'allattamento, isolamento della donna dal gruppo di pari e dalla rete familiare), il dato medio regionale di prevalenza di allattamento completo è stabile alla prima vaccinazione e in lieve miglioramento alla seconda (nessuna differenza a tre mesi e +3% a cinque mesi), così come la quota di *non* allattamento (nessuna differenza a tre mesi e -3% a cinque mesi).

In assenza di dati di prevalenza alla dimissione e di analisi specifiche per punto nascita non è possibile valutare l'impatto della chiusura dei punti nascita più piccoli, convertiti in ospedali COVID: sarebbe interessante condurre un approfondimento nelle Aziende e ambiti dove, invece, si registra una riduzione del tasso di prevalenza di allattamento completo a tre mesi.

Per verificare l'ipotesi che le restrizioni al movimento e la permanenza forzata in casa potessero avere un impatto sull'allattamento, favorevole o sfavorevole in base alle condizioni ambientali e socio-economiche delle famiglie, abbiamo identificato fasce di popolazione differenziate sulla base di una possibile vulnerabilità. In assenza di dati relativi al benessere economico delle famiglie coinvolte nella sorveglianza e utilizzando esclusivamente i parametri presenti nel CedAP (partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita, età, scolarità, abitudine al fumo, obesità, parità e nazionalità materna) si è costruito un indice di vulnerabilità (score CedAP-G) che correla con l'allattamento a tre e cinque mesi (figura 18 e 19) e che divide la popolazione di donne coinvolta nel monitoraggio in quattro gruppi (figura 17): il gruppo a maggiore vulnerabilità (score 5-8) rappresenta meno del 9% della popolazione di donne del nostro campione, mentre il gruppo a minore vulnerabilità (score 0-1) rappresenta il 3.5% del campione. Il gruppo più rappresentato (34.1%) è quello con score intermedio (3-4). Il sottogruppo a maggiore vulnerabilità, pur se numericamente limitato, porta il maggiore carico di esito non positivo, presentando tassi di allattamento significativamente più bassi rispetto al sottogruppo a minore vulnerabilità (40.7% vs 75.2% a tre mesi e 29.6% vs 60.1% a cinque mesi): interventi a sostegno di queste famiglie potrebbero avere un elevato impatto sull'allattamento e, presumibilmente, anche su altri esiti di salute relativi alle donne e ai neonati.

Le restrizioni dovute alla pandemia hanno avuto un modesto impatto negativo in termini di allattamento a cinque mesi nella fascia a maggiore vulnerabilità. Per tutti

gli altri gruppi si rileva un lieve miglioramento dei tassi misurati a cinque mesi e nessuna variazione per l'esito misurato a tre mesi. Questo dato è inatteso e necessiterebbe di maggiori informazioni per essere correttamente interpretato. Alcune ipotesi saranno tuttavia possibili anche sulla base delle informazioni raccolte tramite lo studio qualitativo AllattaCoRER. Il temuto approfondirsi del gap fra fasce più e meno vulnerabili non c'è stato, ad eccezione del gruppo con massima vulnerabilità, e anche donne con score basso, ma non bassissimo, non hanno registrato un peggioramento nei tassi di allattamento nel 2020 rispetto al 2019.

I limiti di questa interpretazione sono la mancanza di link con i dati CedAP per la quasi totalità delle donne dell'AUSL Romagna e comunque per il 38.5% del campione e la mancanza di indicatori di benessere economico, che potrebbero meglio definire le classi di vulnerabilità. Ciononostante, ci sembra che l'uso dell'indicatore che abbiamo nominato score CedAP-G, possa fornire una prima stima dell'associazione fra vulnerabilità (anche se misurata attraverso variabili *proxy*) ed esito: il suo utilizzo consentirà un monitoraggio nel tempo del gap fra gruppi a diverso grado di vulnerabilità. Avere uno strumento, per quanto impreciso, di misura del divario è il primo passo per attuare politiche di riduzione delle differenze rilevate.

Rispetto al ruolo dei servizi sanitari l'analisi è complessa e probabilmente non abbiamo tutti gli elementi per descrivere quanto occorso. Da una parte sono mancati i corsi di accompagnamento alla nascita in presenza e ci sono state difficoltà ad accedere a consulenze dal vivo per il sostegno all'allattamento; dall'altra si sono attivate modalità di sostegno on-line e consulenze tramite gruppi social.

Il fatto che non si siano rilevate riduzioni dei tassi di allattamento non sta a significare che i servizi di sostegno non siano importanti, come risulta anche dall'analisi multivariata che identifica il corso di accompagnamento come una delle variabili significativamente associate all'esito. Al contrario sottolinea la complessa rete causale a sostegno della donna che vuole allattare: ogni elemento della rete è rilevante.

Nel 2020, in assenza del sostegno da parte dei servizi sanitari in presenza, l'attivazione precoce di servizi di sostegno on-line, sia da parte dell'area sanitaria, sociale, educativa e del volontariato, oltre alla maggiore disponibilità delle "famiglie", come luogo di cura della diade-grazie alle mutate condizioni lavorative, sembra aver bilanciato efficacemente la situazione.

Auspicabilmente si dovrebbero creare le condizioni perché, anche in periodi di normale accesso ai servizi sanitari e sociali di sostegno alla genitorialità, al puerperio e all'allattamento, rimanga praticabile l'opzione della partecipazione a corsi on-line per chi, a causa degli impegni di lavoro o per distanza geografica, abbia difficoltà a partecipare in presenza. Inoltre, alla donna che vuole allattare dovrebbero essere garantiti periodi di maternità sufficientemente lunghi, affiancati e non sostituiti dai periodi di *smart-working* o di licenza dal lavoro del partner o della partner. La somma degli effetti positivi di queste singole condizioni/interventi che concorrono diversamente al raggiungimento del proprio progetto di allattamento potrebbe essere quindi superiore a quanto identificato, fino ad ora, come obiettivo di allattamento per la popolazione regionale.

Per quanto riguarda il confronto con le altre regioni vediamo che sono ancora pochissime, quasi delle eccezioni, le regioni/PA italiane ad avere un sistema di monitoraggio a cadenza annuale dei dati allattamento (Friulia-Venezia Giulia, Toscana e PA di Trento). Diverse sono, poi, le modalità identificate per il monitoraggio, ognuna con vantaggi e limiti:

- la raccolta dati utilizzata nei BFH riesce a descrivere con accuratezza quanto occorre durante il ricovero per il parto, fornendo stime molto precise, ma è improbabile che la disanima delle singole cartelle cliniche possa essere implementata sul territorio nazionale senza risorse dedicate;
- la sorveglianza 0-2 anni ha il pregio di permettere a più regioni di confrontarsi, ma è triennale e non ha un campione tale da permettere raffronti fra distretti;
- la sorveglianza tramite il CedAP può fornire dati relativi a tutte le neonate e i neonati che nascono in ospedale, ma rischia di essere meno precisa, dal momento che chi inserisce i dati CedAP di solito non è il professionista che valuta il neonato alla dimissione;
- la sorveglianza prospettica è quella che racconta con fotogrammi più ravvicinati l'intera storia di allattamento, dalla nascita ai 6 mesi di vita; utilizzando questionari on-line autocompilati dalle donne non sovraccarica il lavoro dei professionisti della salute, ma per il metodo utilizzato non si possono escludere bias di selezione, seppur limitati (compilano il questionario on-line le mamme più motivate);
- la raccolta che utilizza il flusso dell'anagrafe vaccinale è sostenibile, permette indagini di record linkage, raggiunge una popolazione più ampia e rappresentativa di quella reale, comprese le famiglie vulnerabili, ma non include, per definizione,

le famiglie che non aderiscono alle vaccinazioni. Se non affiancata da un sistema di raccolta dati alla dimissione rischia di raccontare una storia già iniziata.

I dati di prevalenza di allattamento delle altre regioni/PA (tabella XI) consentono di confermare gli obiettivi da raggiungere già indicati nel precedente report:

- tasso di allattamento completo a tre mesi > 65%
- tasso di allattamento completo a cinque mesi > 50%

5. La ricerca-azione AllattaCoRER: per una progettazione condivisa dell'assistenza dopo la nascita durante la pandemia

A cura di Luigi Palestini, Giulia Rodeschini e Tatiana Saruis.

In aggiunta all'indagine di prevalenza, nel mese di giugno 2021 è stato avviato uno studio osservazionale finalizzato a comprendere come le mamme che hanno partorito nel 2020, i/le loro partner, le loro famiglie e le altre reti e risorse relazionali abbiano reagito alle restrizioni associate alla pandemia e come queste abbiano influito sulle loro scelte di accudimento dei neonati, in particolare riguardo all'allattamento. Lo studio, denominato *AllattaCoRER: l'allattamento durante la pandemia COVID in Emilia-Romagna* (protocollo di studio identificativo SIRER: 2079 – SDM12021, approvato dai comitati etici delle tre aree vaste) è stato promosso dal Servizio Assistenza Territoriale, DG cura della persona, salute e welfare - Regione Emilia-Romagna e condotto in collaborazione con il Programma Innovazione sociale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

Per l'arruolamento dei genitori e dei/le professionisti/e sono state coinvolte le pediatrie di comunità delle AUSL di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara, Romagna ambito di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini. L'arruolamento delle professioniste dei Centri per le Famiglie è stato facilitato dal Servizio Politiche sociali e socio educative.

Nella prima fase dello studio – svolta nel periodo giugno-settembre 2021 – è stata svolta una ricerca di tipo qualitativo, in cui il confronto fra le persone partecipanti genera riflessioni, fornisce elementi interpretativi dei dati quantitativi e permette di ideare traiettorie future di lavoro. Le pagine che seguono entreranno maggiormente nel dettaglio di quanto avvenuto in questa fase.

Sulla base dell'analisi e rielaborazione dei dati raccolti (attualmente in corso), effettuata utilizzando categorizzazioni tematiche e identificando nuclei ricorrenti ritenuti particolarmente significativi, verrà ideato un questionario che sarà utilizzato nella seconda fase dello studio, nell'autunno 2021. Si tratta di un questionario che sarà disponibile online in tre lingue (italiano, francese e inglese) e rivolto a genitori italiani e stranieri di bambini/e vaccinati che indagherà i fattori relativi ai genitori, all'uso dei servizi e all'impatto della pandemia da CoVID-19 associati all'esito (allattamento completo a tre e cinque mesi). I fattori modificabili identificati potranno essere oggetto di progetti di audit locale e implementazione di cambiamenti atti a

garantire alle donne che vogliono allattare, anche in epoca di emergenze, quali quella associata a CoVID-19, il migliore sostegno possibile.

Il modello rientra in quello della ricerca-azione: si parte dall'identificazione di una criticità, se ne analizzano i determinanti locali e le possibili soluzioni, si progetta un piano di implementazione del cambiamento che viene poi verificato in audit successivi. Avere un flusso di dati stabile che monitora la prevalenza di allattamento nei diversi territori con una buona precisione informativa anche a livello di distretto, facilita il processo di monitoraggio.

Trattandosi di una ricerca ancora in corso, nelle pagine che seguono verrà descritta la prima fase dell'indagine: le attività svolte, le persone coinvolte e i temi proposti.

Un report completo con i risultati emersi da questa prima fase verrà pubblicato sul sito www.saperidoc.it in un'ottica di condivisione con i professionisti e le professioniste regionali, l'utenza e con il più ampio gruppo di chi si occupa di salute perinatale.

Metodologia e attività di ricerca

Nella prima fase dello studio sono stati organizzati incontri on-line, utilizzando la piattaforma Teams, di due o tre ore l'uno con diverse tipologie di attori identificati come rilevanti per il tema indagato. Gli incontri sono stati condotti con tecniche di ricerca qualitativa. Nello specifico, con i gruppi più piccoli si è ricorso all'utilizzo della tecnica del focus group, che consente di approfondire i processi sociali, culturali e organizzativi che sottendono l'adesione a comportamenti come l'allattamento, arrivando a una costruzione condivisa dell'interpretazione dei dati raccolti da parte delle persone che hanno partecipato ai gruppi. Per i gruppi di grandi dimensioni è stata invece utilizzata la tecnica del *world café*, incentrata sull'attivazione e "impollinazione incrociata" di una serie di micro-conversazioni di gruppo, mirate alla co-costruzione di conoscenza sui suddetti processi sociali, culturali e organizzativi.

Fra giugno e settembre sono stati organizzati:

- tre incontri con le mamme
- un incontro con i/le partner delle mamme
- un incontro con le professioniste e i professionisti della sanità
- un incontro con le volontarie delle associazioni di auto-aiuto fra mamme
- un incontro con le professioniste dei centri per le famiglie

Le/i partecipanti

Nel periodo aprile-maggio 2021 nei centri vaccinali della regione Emilia-Romagna sono stati distribuiti i consensi informati per illustrare lo studio e invitare alla partecipazione i genitori di bambini di età inferiore ai 18 mesi (immagine locandina).



Hanno contattato il centro promotore dello studio comunicando il loro consenso a partecipare allo studio qualitativo 158 donne. Hanno accettato l'invito a partecipare a uno dei tre *world caffè* on-line (tenuti a giugno) 63 donne, di queste 47 hanno effettivamente partecipato agli incontri. Le caratteristiche generali delle donne che hanno partecipato ai tre incontri on-line sono sintetizzate in tabella XII.

Tabella XII. Caratteristiche delle donne che hanno preso parte ai *world caffè*.

		N (47)	%	Media (range)
Età media materna				33.9 anni (24-41 anni)
Nazionalità italiana		45	95.7	
Scolarità	laurea o post-laurea	38	80.9	
	licenza superiore	9	19.1	
	licenza elementare-media	0	0	
Primipara		33	70.2	
Parto vaginale		35	74.5	
Età media lattante				6.6 mesi (2-18 mesi)
Modalità allattamento	allattamento esclusivo	43	91.5	
	complementare	4	8.5	
	formula artificiale	0	0	

Le donne che hanno partecipato alla ricerca qualitativa non sono rappresentative della popolazione generale di donne che partoriscono in Emilia-Romagna essendo

quasi esclusivamente italiane, con scolarità elevata, alla prima esperienza di maternità e in larga percentuale in allattamento esclusivo (oltre 90%).

Successivamente agli incontri dedicati alle mamme, è stato deciso di coinvolgere anche i/le partner per aprire un ulteriore momento di confronto: attraverso le donne che avevano mostrato interesse per lo studio è stato chiesto loro di coinvolgere il/la partner. Hanno risposto positivamente 4 padri, di cui 3 hanno effettivamente partecipato al focus group. Altri si sono dimostrati interessati ma impossibilitati a partecipare.

I professionisti e le professioniste sanitarie sono stati invitati utilizzando le mailing list a disposizione del servizio. Hanno partecipato al world café in 59 con una rappresentanza geografica da tutte le Aziende sanitarie, da Piacenza alla Romagna. Si riportano in breve le caratteristiche di questo gruppo:

- 98% donne;
- range di età da <30 anni a >60 anni, la fascia di età maggiormente rappresentata (38%) è quella fra 51-60 anni;
- 60% sono dipendenti territoriali, 35% dipendenti ospedalieri e 5% libero professionisti territoriali;
- come figure professionali si tratta di: psicologhe 3%, ginecologhe 5%, pediatre 5%, assistenti sanitarie 10%, infermiere 18%, ostetriche 59%

L'incontro dedicato alle volontarie delle associazioni di auto-aiuto fra mamme ha visto la partecipazione di 17 persone di 13 diverse organizzazioni. Le associazioni rappresentate operano nel territorio di Parma, Modena e provincia (6 associazioni), Bologna e Rimini; una delle associazioni ha volontarie su tutto il territorio regionale e infine una ha sede in Lombardia ma fa sostegno telefonico in tutta Italia.

Infine, all'ultimo incontro hanno partecipato 23 professioniste dei Centri per le Famiglie, coinvolte in collaborazione con il Servizio Politiche sociali e socio educative. Anche in questo caso, come per i professionisti della salute, la rappresentanza geografica copre tutte le province da Piacenza a Rimini. In breve, le caratteristiche del gruppo sono:

- 100% donne;
- range di età da <30 anni a >60 anni, la fascia di età maggiormente rappresentata (45%) è quella fra 40-49 anni;
- ruolo nel CpF: 80% operatrici, 15% coordinatrici, 5% consulenti;

- professione: 65% educatrice, 10% psicologa, e poi 5% ciascuna per le figure di assistente sociale, pedagogista, mediatrice, counsellor, altro.

I temi proposti

Le domande-stimolo proposte alle mamme hanno riguardato le facilitazioni ed ostacoli incontrati nell'allattamento e gli effetti del lockdown, il ruolo svolto dai servizi e possibili interventi da attivare per il loro miglioramento.

Il focus group svolto con i padri ha mirato a farne emergere il ruolo svolto nell'allattamento, il punto di vista sui servizi e su possibili spazi di miglioramento.

Alle professioniste e ai professionisti della rete dei servizi regionali è stato chiesto di descrivere dal loro punto di vista le facilitazioni e gli ostacoli incontrati dalle mamme durante il lockdown, gli apprendimenti professionali e organizzativi attivati in questo periodo nel proprio contesto lavorativo, i potenziali miglioramenti che possono conseguire a questa esperienza.

Con le referenti delle associazioni il confronto ha riguardato le facilitazioni e gli ostacoli incontrati dalle donne in allattamento, secondo la loro prospettiva di osservazione, il ruolo svolto dai servizi pubblici e privati durante il lockdown e i possibili miglioramenti da mettere a sistema per supportare le donne in allattamento.

Come si vede, i temi affrontati con ciascun gruppo si richiamano a vicenda, così da offrire molteplici prospettive di osservazione sulle medesime questioni. L'analisi delle informazioni raccolte, pur con valore esplorativo, metterà in luce le reti e risorse a supporto dell'allattamento e il loro combinarsi nell'affrontare il periodo pandemico, ma anche alcune carenze o disattenzioni del sistema e gli spazi di innovazione emergenti.

6. Conclusioni

La modalità di raccolta dati sulla prevalenza di allattamento in regione Emilia-Romagna, inaugurata nel 2015, fornisce dati affidabili e, grazie alla standardizzazione, consente una comparazione fra aziende e distretti e nel tempo.

La sostenibilità del sistema si è confermata anche in condizioni straordinarie come la pandemia da SARS-CoV-2 vissuta nel 2020 e ancora in corso.

L'obiettivo del monitoraggio continua a essere l'identificazione di quegli interventi (meglio, mix di interventi) in grado di sostenere le donne che scelgono di allattare, perché riescano a farlo con soddisfazione e senza difficoltà. I risultati dell'analisi utilizzando lo score di vulnerabilità suggerisce la necessità di implementare interventi di sostegno mirati alle fasce più vulnerabili per ridurre lo svantaggio che altrimenti si evidenzia già dall'allattamento.

Assicurare nuovamente la possibilità di linkare i vari flussi informativi regionali al flusso CedAP, che registra diverse variabili che possono interagire come confondenti dell'associazione fra esposizione (allattamento) e possibili esiti di salute interessanti, è fondamentale per mantenere la qualità e utilità della rilevazione.

Riuscire a estendere l'attività di monitoraggio anche ai punti nascita, tramite l'utilizzo di una lettera di dimissione informatizzata, è il passo successivo, per fornire ancora maggiori strumenti e informazioni a chi lavora nel sostegno alle donne. Queste due azioni sono state inserite all'interno del Piano regionale della prevenzione per il periodo 2021-2025.

Suggerimenti di lettura su allattamento e CoVID-19

Esiti neonatali in caso di parto da madre positiva a SARS-CoV-2

- Gupta P, et al. An observational study for appraisal of clinical outcome and risk of mother-to-child SARS-CoV-2 transmission in neonates provided the benefits of mothers' own milk. *Eur J Pediatr* 2021 Aug 11:1–15.

Caratteristiche del latte materno in caso di parto da madre positiva a SARS-CoV-2

- Bäuerl C, et al; MilkCORONA study team. SARS-CoV-2 RNA and antibody detection in breast milk from a prospective multicentre study in Spain. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2021 Aug 20:fetalneonatal-2021-322463.
- Narayanaswamy V, et al. Humoral and Cell-Mediated Immune Response in Colostrum from Women Diagnosed Positive for SARS-CoV-2. *Breastfeed Med* 2021 Aug 11.

Modelli di assistenza ospedaliera al parto durante la pandemia

- Feijóo-Iglesias MB, et al. Alta precoz y visita domiciliaria puerperal durante la pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid) [Early discharge and postpartum home visit during the COVID-19 pandemic at the HULP (Madrid).]. *Rev Esp Salud Publica* 2021 Aug 19;95:e202108105.
- Marín Gabriel MA, et al; Authoring Group (Neo-COVID-19 Research Group). Baby Friendly Hospital Initiative Breastfeeding Outcomes in Mothers with COVID-19 Infection During the First Weeks of the Pandemic in Spain. *J Hum Lact* 2021 Aug 10:8903344211039182.

Vaccino anti CoVID-19 e allattamento

- Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2006–. COVID-19 vaccines. 2021 Aug 16. PMID: 33355732.
- Guida M, et al. COVID-19 Vaccine mRNA BNT162b2 Elicits Human Antibody Response in Milk of Breastfeeding Women. *Vaccines (Basel)* 2021 Jul 13;9(7):785.

Allegato

Dati per Azienda Sanitaria

Di seguito vengono riportati i dati relativi alle singole aziende sanitarie.

Utilizzando la stessa modalità delle precedenti ricerche, per facilitare il confronto con i dati raccolti dal 2015 sono stati riportati i trend dei tassi di allattamento completo e di non allattamento a tre e cinque mesi.

Idealmente, ci si aspetta che il dato relativo al tasso di allattamento completo aumenti in tutti i distretti e che contemporaneamente si riduca il tasso di non allattamento. La presentazione affiancata dei due grafici facilita la verifica di questi andamenti.

Per tutte le AUSL e distretti, i dati di prevalenza sono calcolati utilizzando la standardizzazione diretta in due fasce di età di 15 giorni (61-75, 76-90 giorni per la prima vaccinazione e 121-135, 136 e 150 giorni per la seconda vaccinazione).

Per l'AUSL Romagna, istituita con la legge regionale n. 22 del 2013 e attiva dal gennaio 2014, i dati sono riportati seguendo due modalità:

1. come totale AUSL Romagna
2. distinti per ex aziende, ora ambiti, di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

Azienda USL di Piacenza (101)

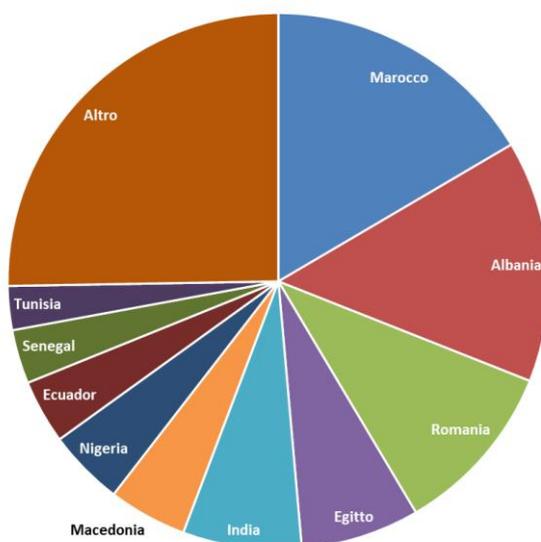
2.375 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 2.024 bambini, pari a 85.2% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 1.193 casi (**58.9%**).

Le **831** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	137	16,5%
Albania	121	14,6%
Romania	87	10,5%
Egitto	59	7,1%
India	59	7,1%
Macedonia	39	4,7%
Nigeria	38	4,6%
Ecuador	32	3,9%
Senegal	27	3,2%
Tunisia	22	2,6%

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Piacenza anno 2020.



1.125 dei lattanti vaccinati sono femmine (47.4%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **2.315** bambini, con una quota di *missing* pari a 1.9% (46 schede con dati mancanti) e di risposte impossibili pari a 0.6% (14 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Piacenza, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

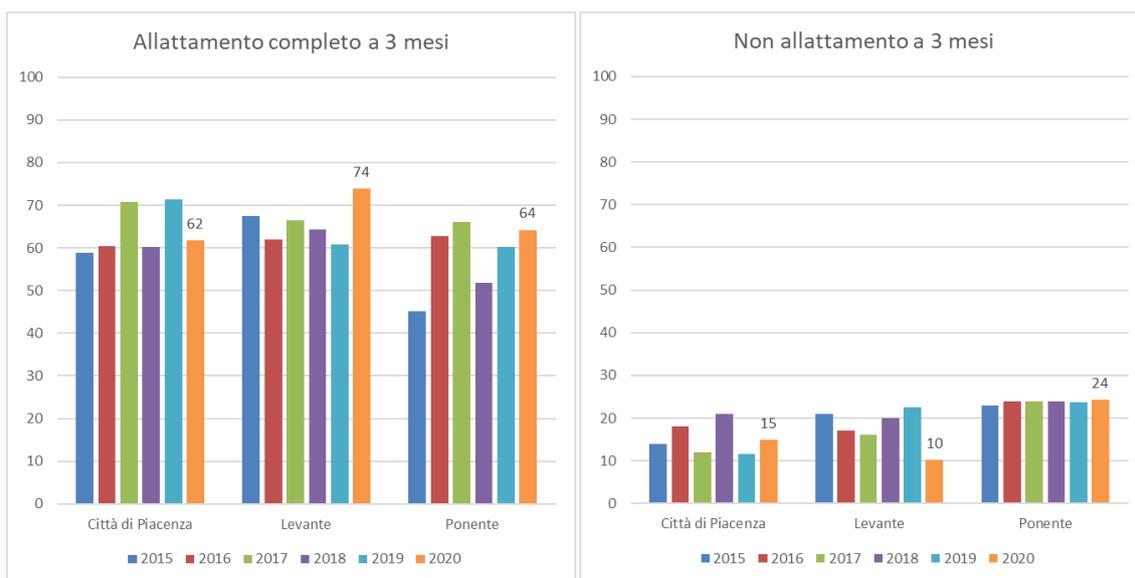
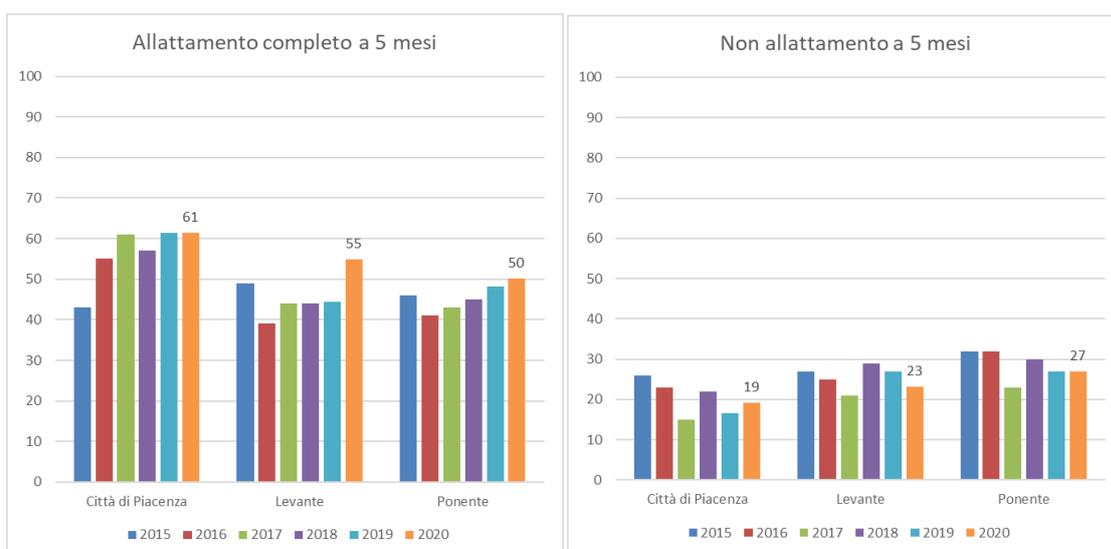


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Piacenza, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Parma (102)

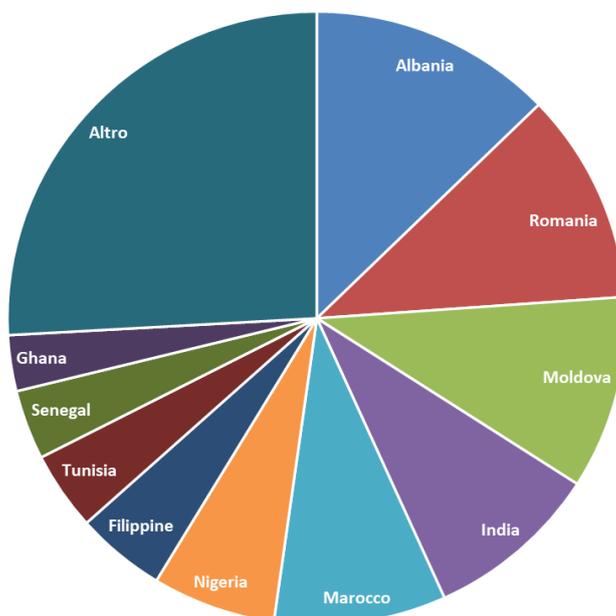
4.223 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 3.672 bambini, pari a 87.0% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 2.416 casi (**65.8%**).

Le **1.256** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Albania	160	12,7%
Romania	140	11,1%
Moldova	128	10,2%
India	115	9,2%
Marocco	113	9,0%
Nigeria	81	6,4%
Filippine	59	4,7%
Tunisia	52	4,1%
Senegal	46	3,7%
Ghana	37	2,9%

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Parma anno 2020.



2.029 dei lattanti vaccinati sono femmine (48.0%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **3.987** bambini, con una quota di *missing* pari a 4.9% (208 schede) e di risposte impossibili pari a 0.7% (28 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Parma, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

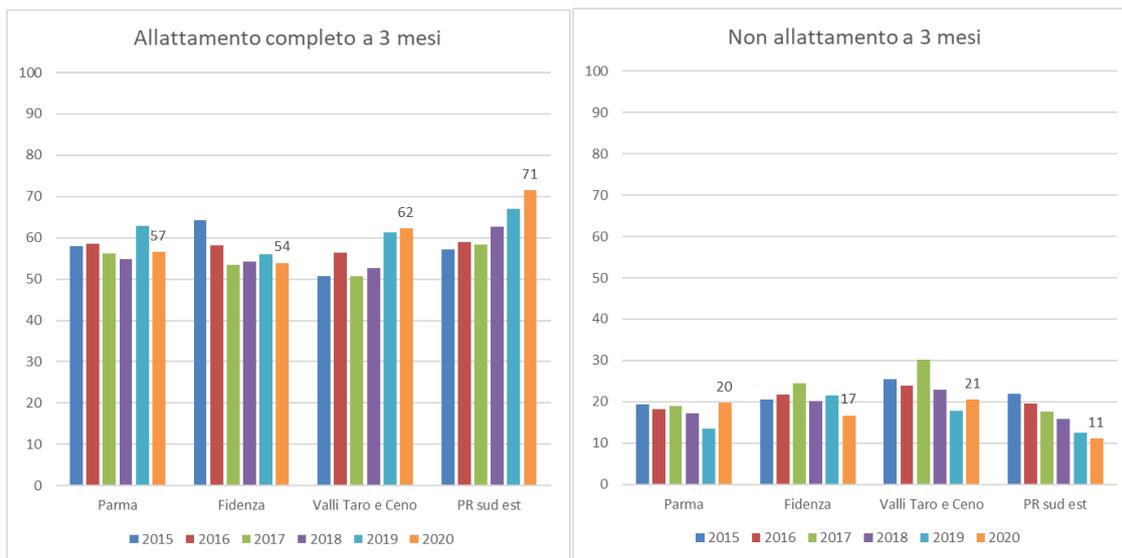
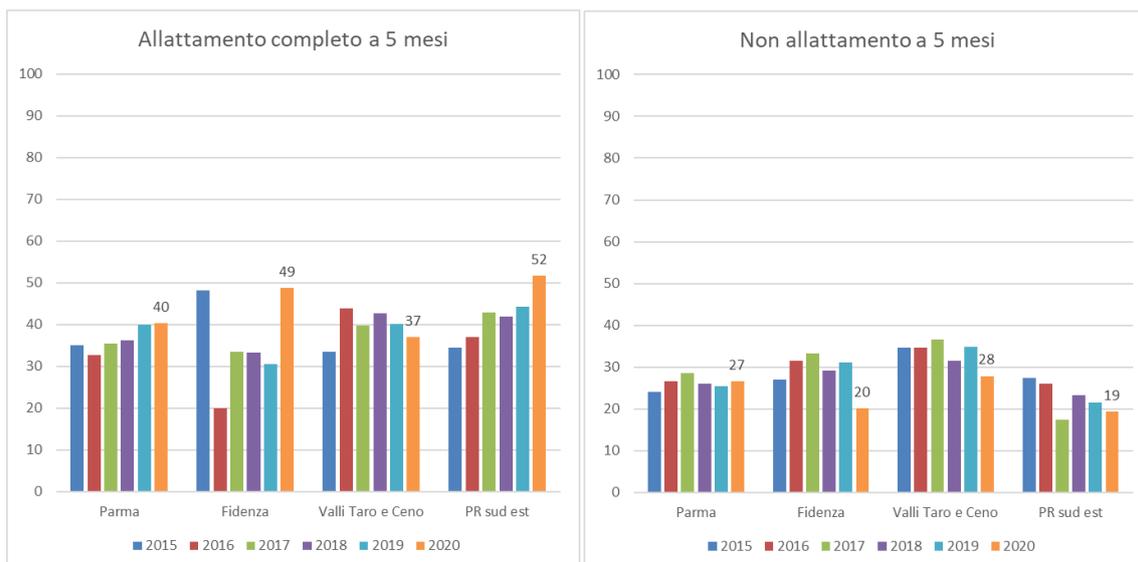


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Parma, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Reggio Emilia (103)

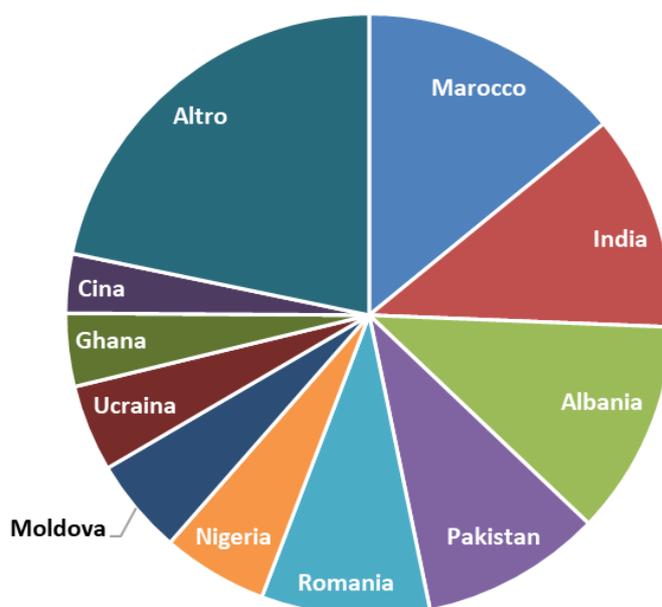
4.555 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 3.746 bambini, pari a 82.2% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 2.521 casi (**67.3%**).

Le **1.225** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	172	14,0%
India	142	11,6%
Albania	141	11,5%
Pakistan	118	9,6%
Romania	110	9,0%
Nigeria	69	5,6%
Moldova	63	5,1%
Ucraina	57	4,7%
Ghana	48	3,9%
Cina	39	3,2%

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Reggio Emilia anno 2020.



2.168 dei lattanti vaccinati sono femmine (47.6%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **4.511** bambini, con una quota di *missing* pari a 0.7% (32 schede) e di dati impossibili pari a 0.3% (altre 12 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Reggio Emilia, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

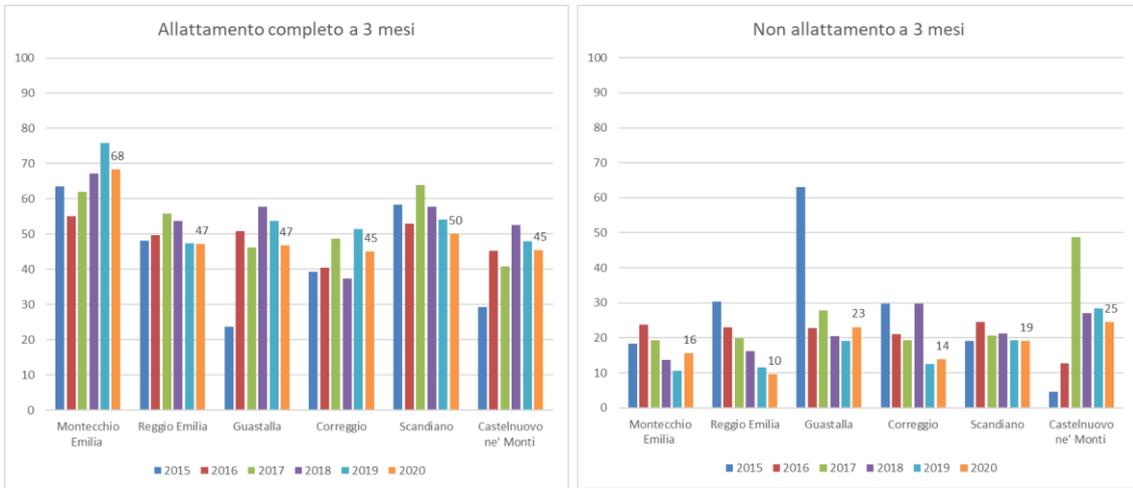
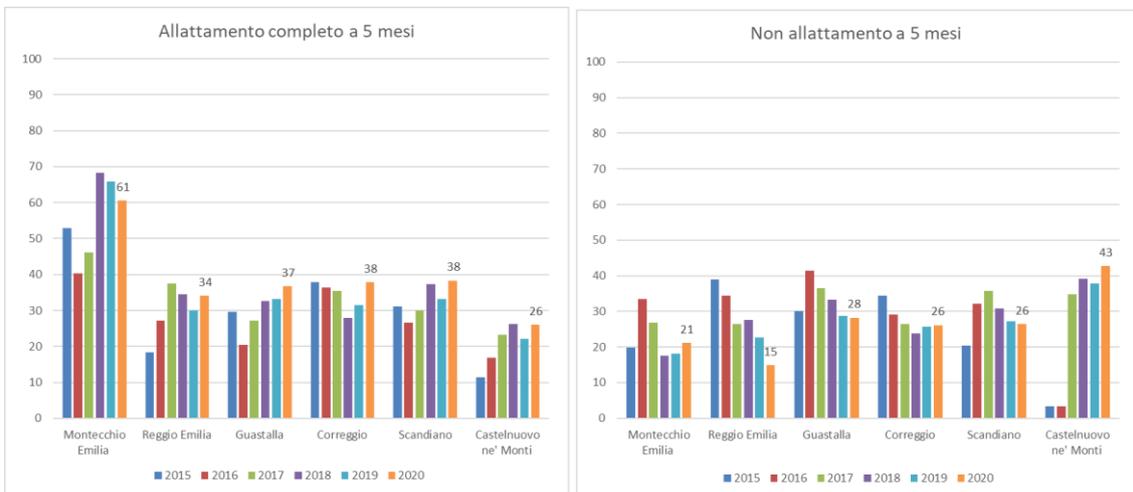


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Reggio Emilia, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Modena (104)

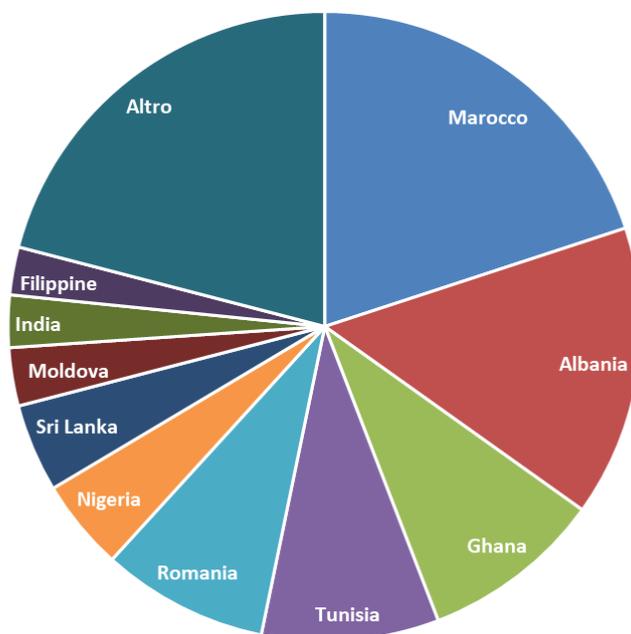
5.783 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 3.622 bambini, pari a 62.6% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 2.318 casi (**64.0%**).

Le **1.304** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	260	19,9%
Albania	195	15,0%
Ghana	121	9,3%
Tunisia	118	9,0%
Romania	111	8,5%
Nigeria	61	4,7%
Sri Lanka	59	4,5%
Moldova	39	3,0%
India	35	2,7%
Filippine	32	2,5%

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Modena anno 2020.



2.736 dei lattanti vaccinati sono femmine (47.3%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **5.626** bambini, con una quota di *missing* pari a 2.4% (139 schede) e di dati impossibili pari a 0.3% (18 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Modena, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

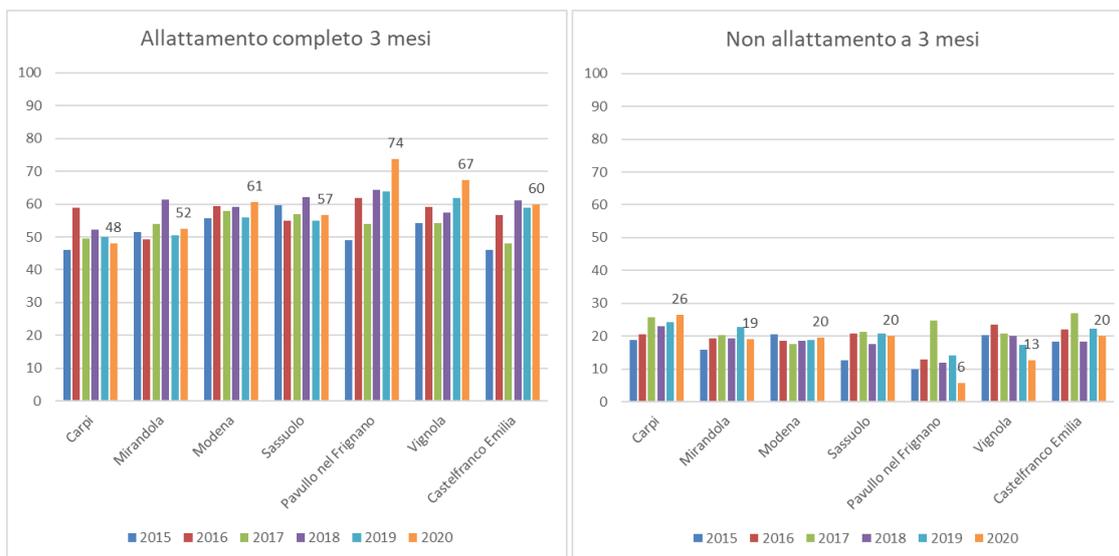
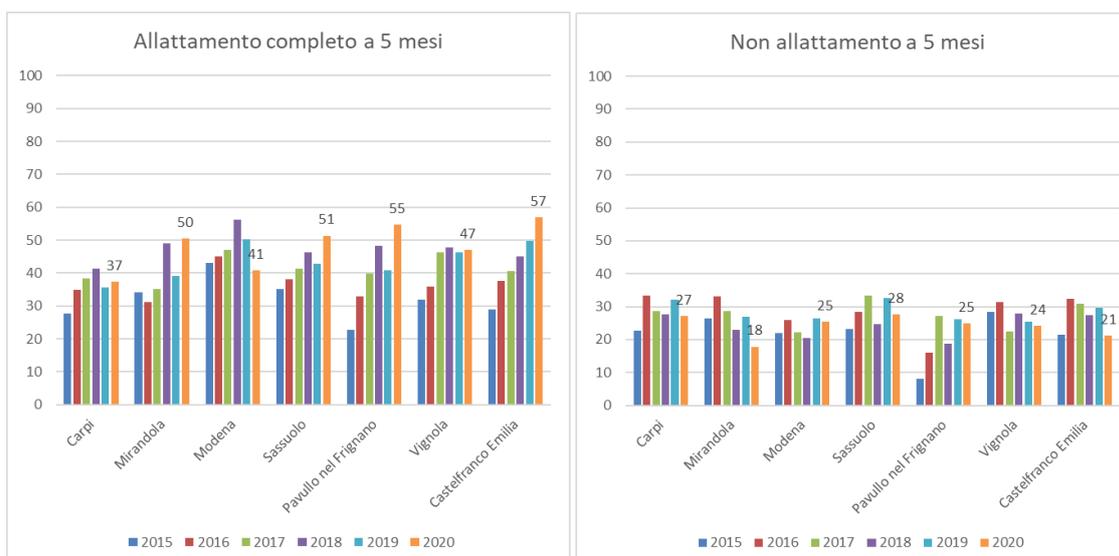


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Modena, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Bologna (105)

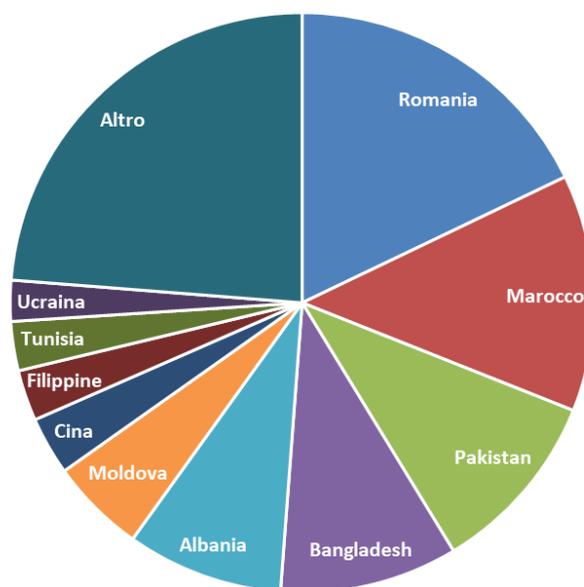
7.391 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 6.996 bambini, pari a 94.7% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 4.806 casi (**68.7%**).

Le **2.190** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Romania	391	17,9%
Marocco	289	13,2%
Pakistan	225	10,3%
Bangladesh	216	9,9%
Albania	190	8,7%
Moldova	116	5,3%
Cina	71	3,2%
Filippine	62	2,8%
Tunisia	60	2,7%
Ucraina	50	2,3%

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Bologna anno 2020.



3.678 dei lattanti vaccinati sono femmine (49.8%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **7.126** bambini, con una quota di *missing* pari a 3.2% (235 schede) e di dati impossibili pari a 0.4% (30 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Bologna, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

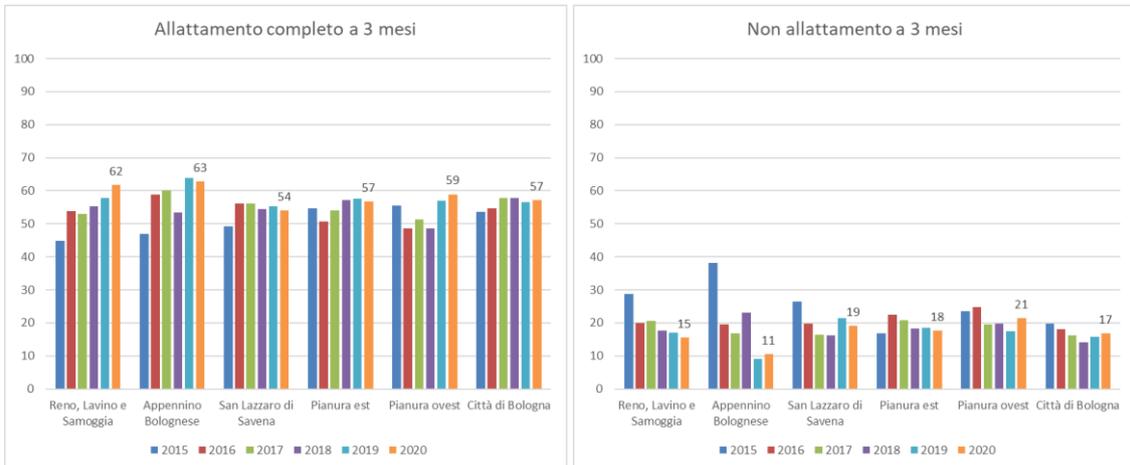
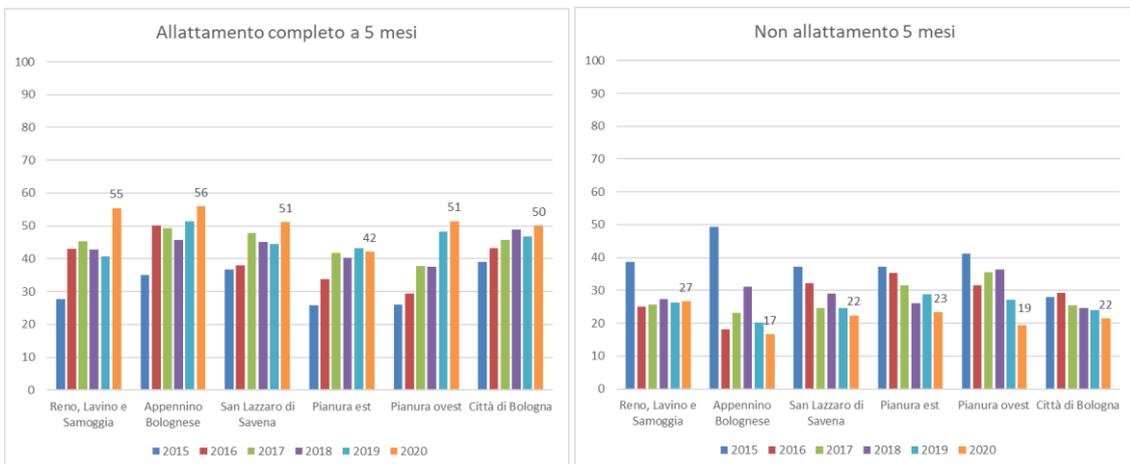


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Bologna, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Imola (106)

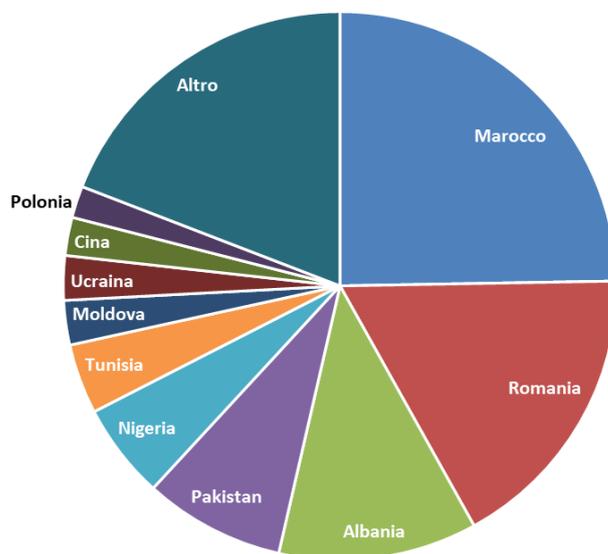
1.002 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 964 bambini, pari a 96.2% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 696 casi (**72.2%**).

Le **268** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	66	24,7%
Romania	46	17,2%
Albania	31	11,6%
Pakistan	22	8,2%
Nigeria	15	5,6%
Tunisia	11	4,1%
Moldova	7	2,6%
Ucraina	7	2,6%
Cina	6	2,2%
Polonia	5	1,9%

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Imola anno 2020.



482 dei lattanti vaccinati sono femmine (48.1%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **976** bambini, con una quota di *missing* pari a 2.5% (25 schede) e di dati impossibili pari a 0.2% (2 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Imola, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

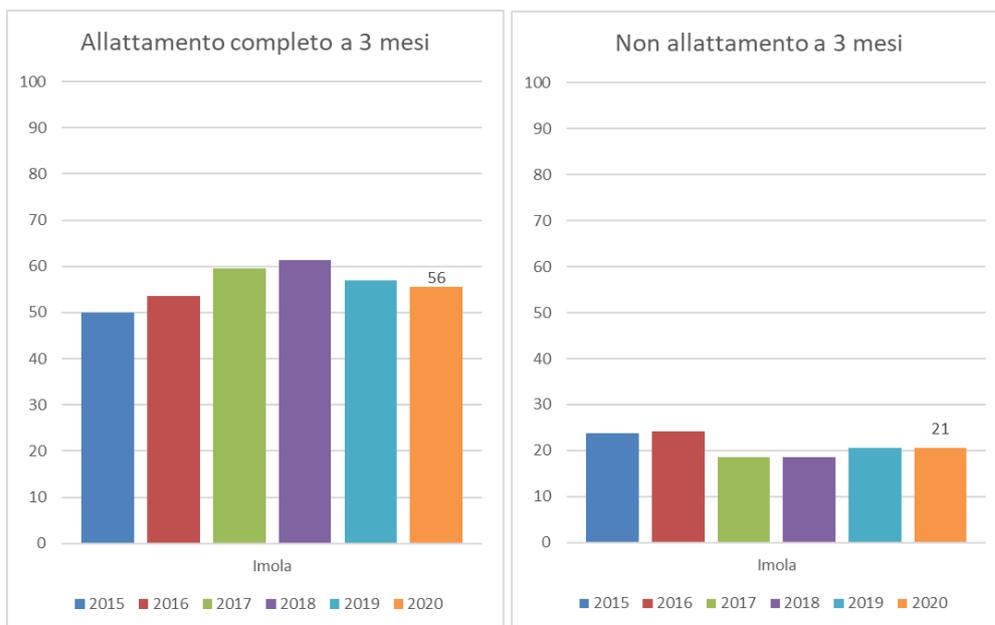
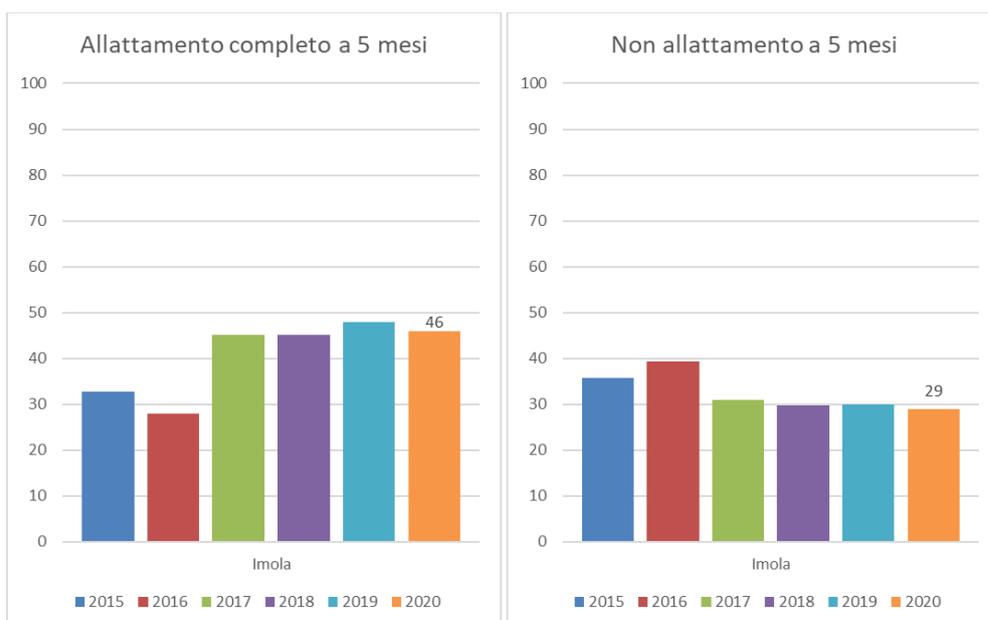


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Imola, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Ferrara (109)

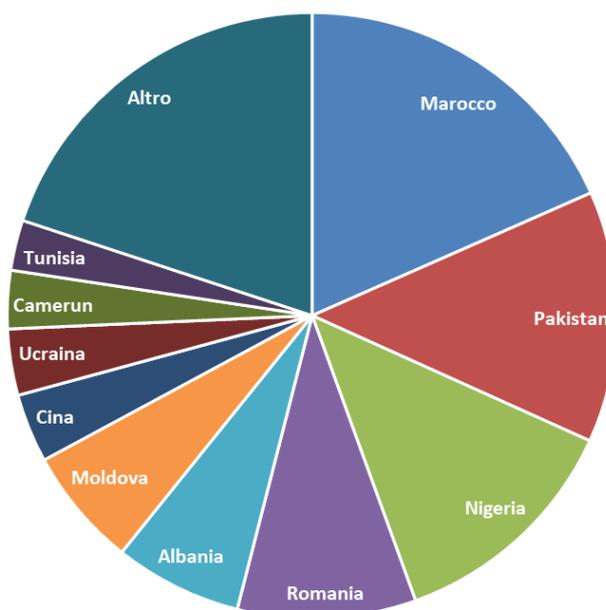
2.303 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 2.076 bambini, pari a 90.1% dei vaccinati) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 1.368 casi (**65.9%**).

Le **708** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	130	18,4%
Pakistan	95	13,4%
Nigeria	90	12,7%
Romania	67	9,5%
Albania	48	6,8%
Moldova	45	6,4%
Cina	26	3,7%
Ucraina	25	3,5%
Camerun	22	3,1%
Tunisia	19	2,7%

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Ferrara anno 2020.



1.138 dei lattanti vaccinati sono femmine (49.4%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **2.243** bambini, con una quota di *missing* pari a 2.4% (55 schede) e di dati impossibili pari a 0.2% (5 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Ferrara, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

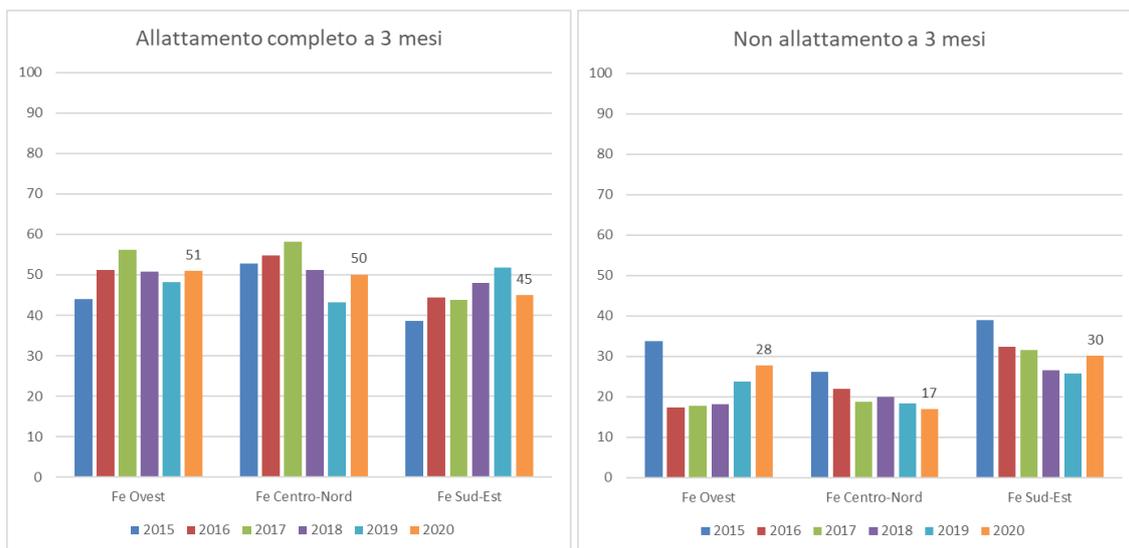
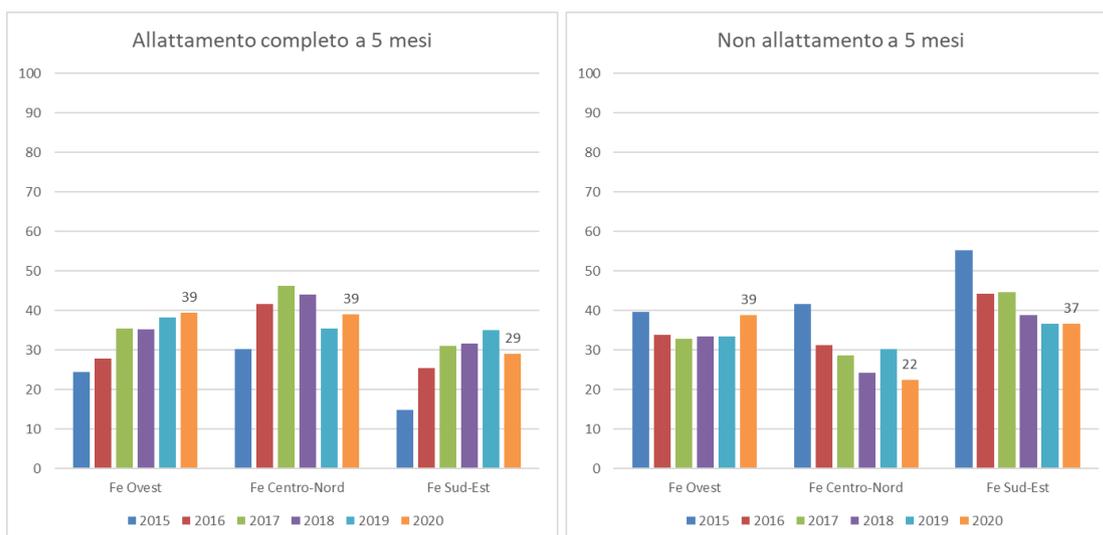


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Ferrara, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna (114)

9.193 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Il *link* con i dati CedAP è possibile per soli 337 bambini, pari a 3.7% dei vaccinati.

Il link con il flusso CedAP è effettuato in così pochi casi che non ha senso fornire dati sulla nazionalità materna.

4.511 dei lattanti vaccinati sono femmine (49.1%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **8.691** bambini, con una quota di *missing* pari a 4.2% (386 schede) e di dati impossibili pari a 1.3% (116 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, AUSL Romagna, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

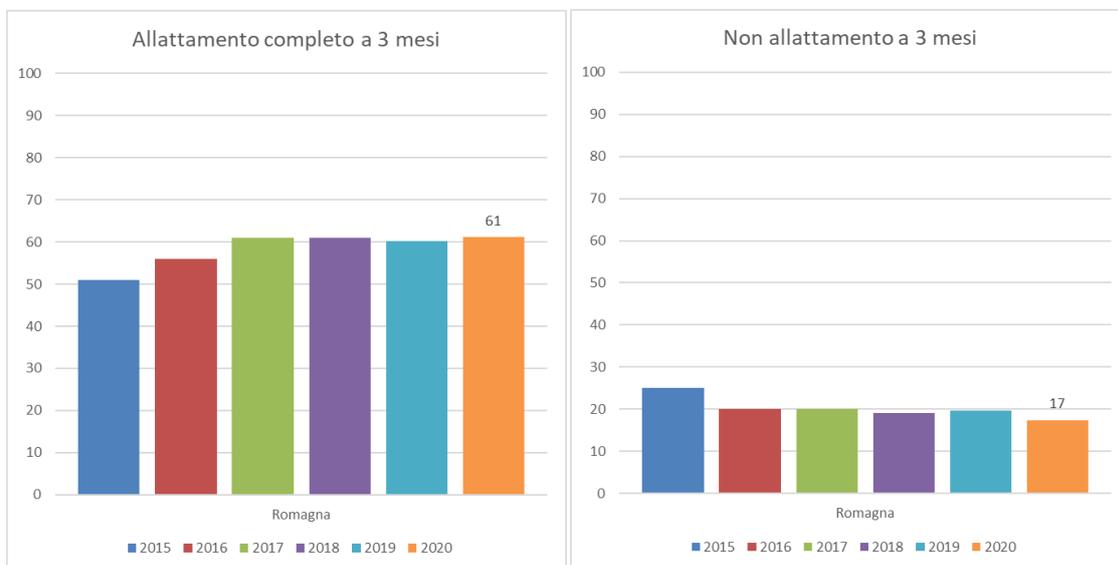
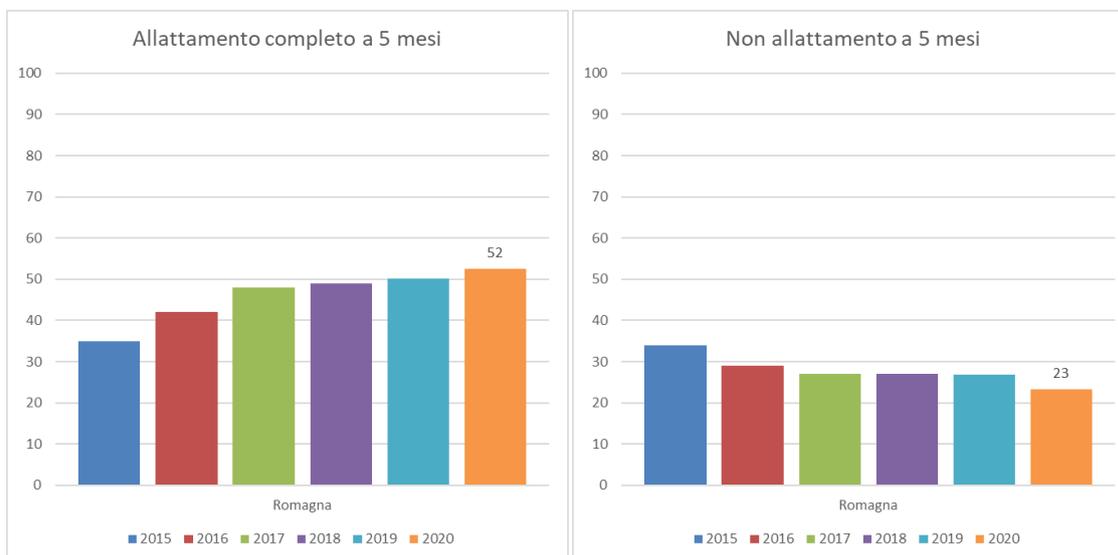


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, AUSL Romagna, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Ravenna (110)

3.229 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Il *link* con i dati CedAP è possibile per soli 248 bambini, pari a 7.7% dei vaccinati).

Il link con il flusso CedAP è effettuato in così pochi casi che non ha senso fornire dati sulla nazionalità materna.

1.587 dei lattanti vaccinati sono femmine (49.1%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **3.095** bambini, con una quota di *missing* pari a 3.4% (111 schede) e di dati impossibili pari a 0.7% (23 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Ravenna, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

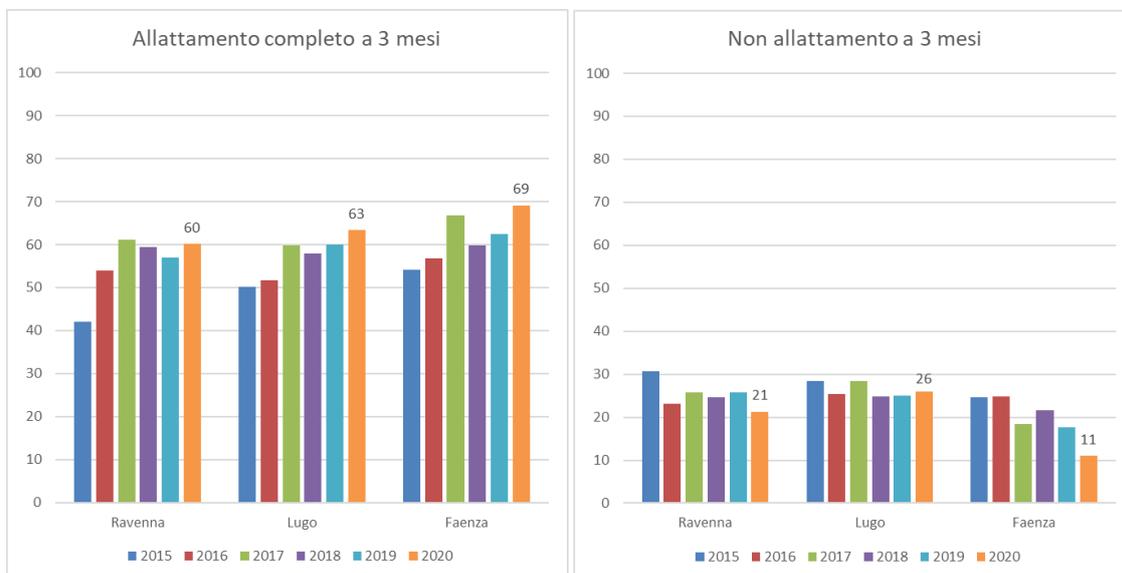
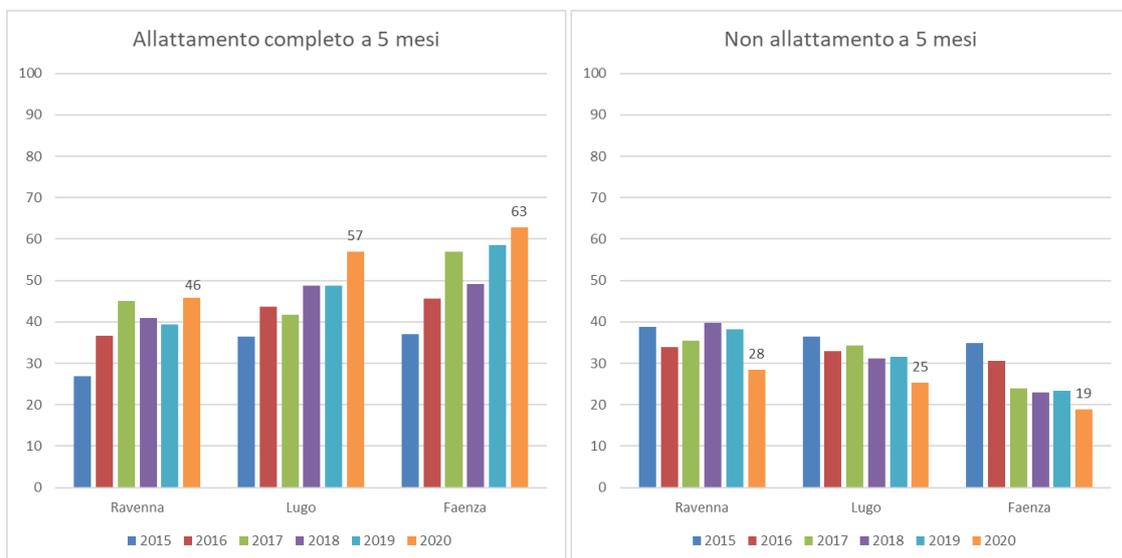


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Ravenna, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Forlì (111)

1.537 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Il *link* con i dati CedAP è possibile per soli 21 bambini, pari a 1.4% dei vaccinati.

Il link con il flusso CedAP è effettuato in così pochi casi che non ha senso fornire dati sulla nazionalità materna.

751 dei lattanti vaccinati sono femmine (48.9%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **1.423** bambini, con una quota di *missing* pari a 6.8% (105 schede) e di dati impossibili pari a 0.6% (9 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Forlì, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

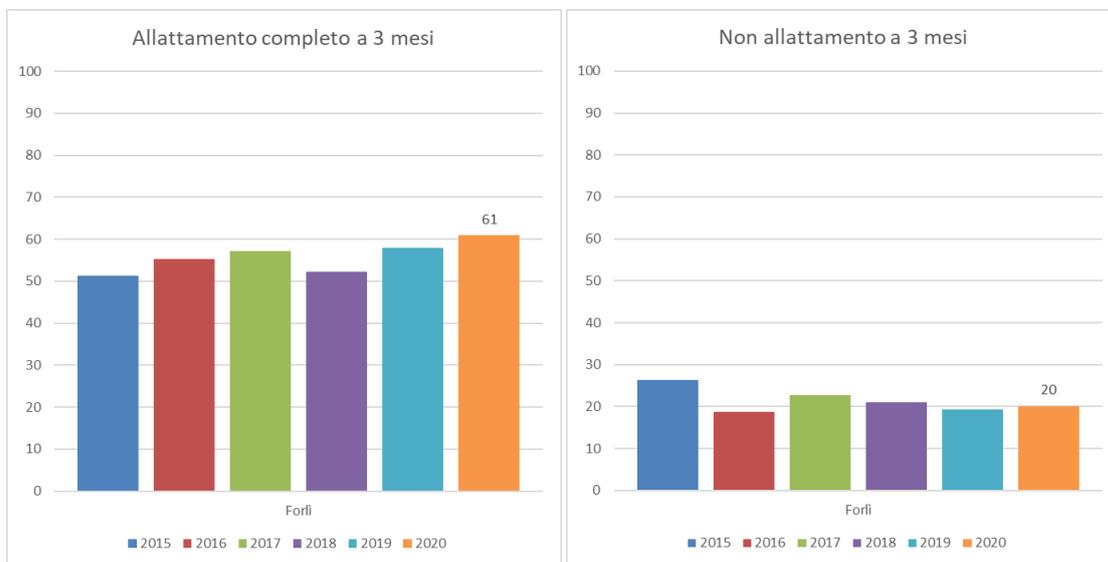
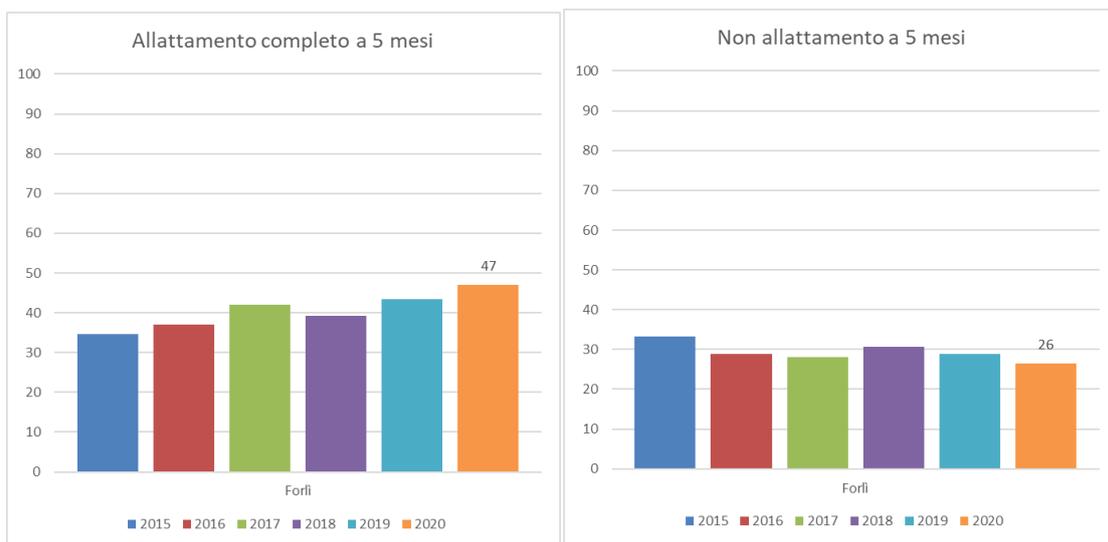


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Forlì, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Cesena (112)

1.760 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Il *link* con i dati CedAP è possibile per soli 20 bambini, pari a 1.1% dei vaccinati.

Il link con il flusso CedAP è effettuato in così pochi casi che non ha senso fornire dati sulla nazionalità materna.

857 dei lattanti vaccinati sono femmine (48.7%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **1.631** bambini, con una quota di *missing* pari a 4.7% (83 schede) e di dati impossibili pari a 2.6% (46 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Cesena, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

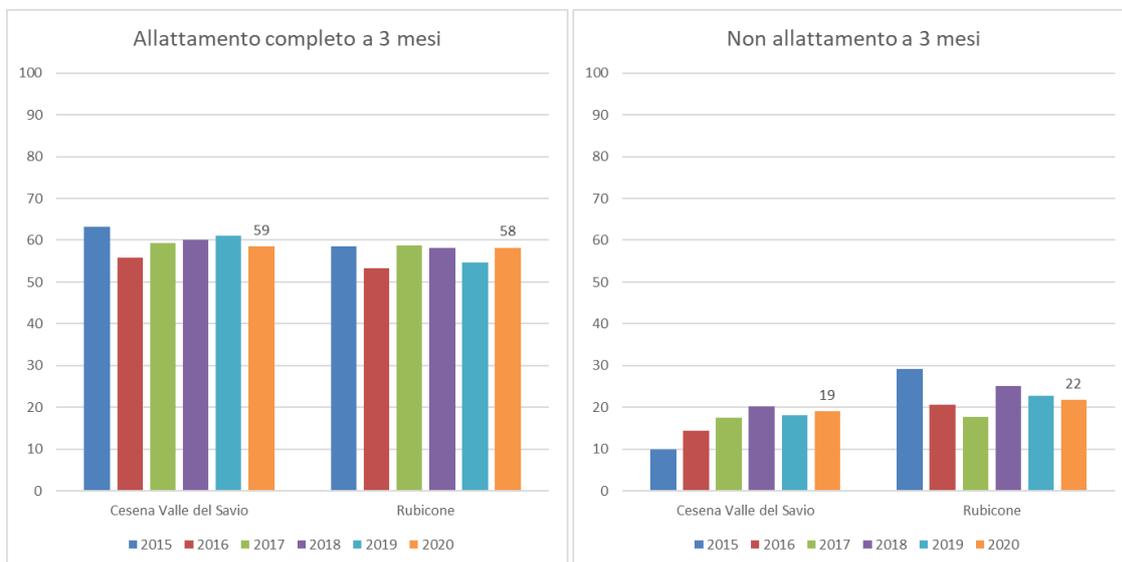
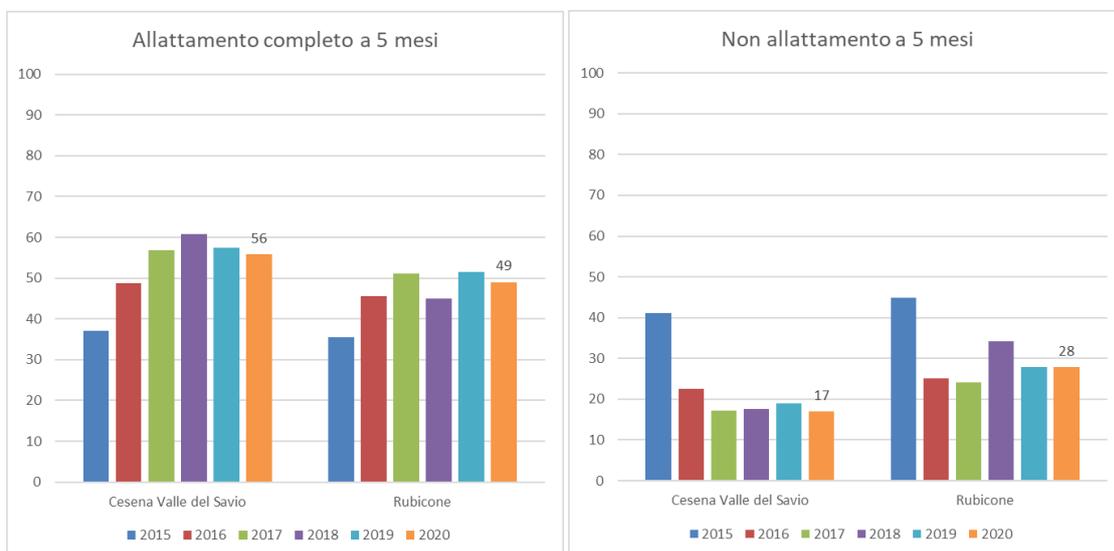


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Cesena, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Rimini (113)

2.667 bambini hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Il *link* con i dati CedAP è possibile per soli 48 bambini, pari a 1.8% dei vaccinati.

Il link con il flusso CedAP è effettuato in così pochi casi che non ha senso fornire dati sulla nazionalità materna.

1.316 dei lattanti vaccinati sono femmine (49.3%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **2.542** bambini, con una quota di *missing* pari a 3.3% (87 schede) e di dati impossibili pari a 1.4% (38 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Rimini, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

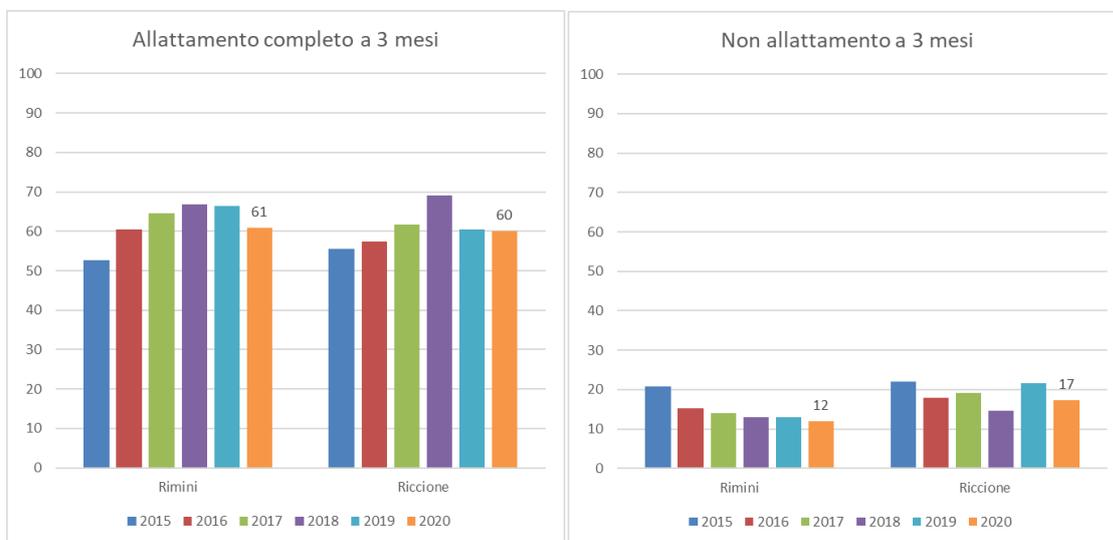


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Rimini, trend temporale 2015-2020, dati standardizzati per età.

